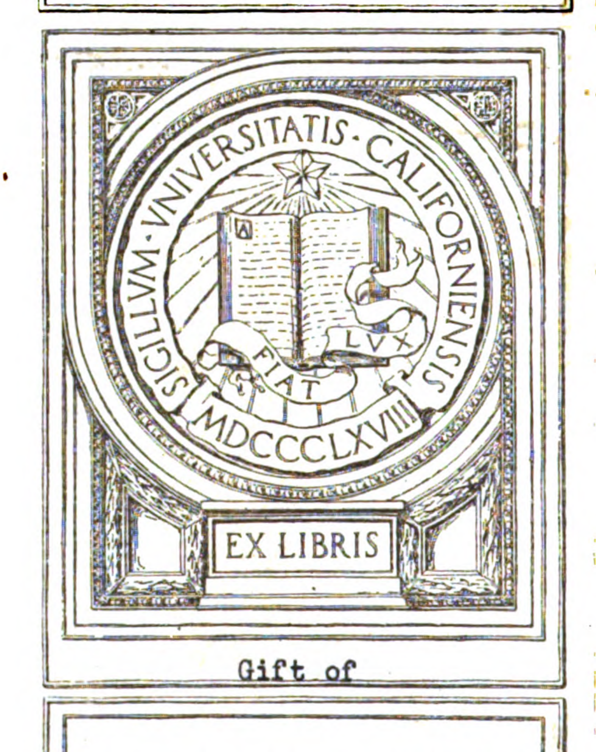



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



Funktionelle Erkrankungen, Hysterie, Neurasthenie.

Ref.: Dr. E. Flörsheim-Berlin.

1. Abundo, G. d', Sopra alcuni particolari effetti delle proiezioni cinematografiche nei nevrotici. Riv. ital. di Neuropat. **4. 365.**
2. Adler, A., Syphilidophobie, ein Beitrag zur Bedeutung der Phobien und der Hypochondrie in der Dynamik der Neurosen. Centralbl. f. Psychoanalyse. **1. 400.**
3. Anglada et Baumel, Pseudo-hémoptysie chez une hystérique. Montpel. méd. LIV. 324—328.
4. Aub, Hermann, Hysterie des Mannes. München, Ernst Reinhardt.
5. Aulde, J., Neurasthenia; addenda. Med. Times. XXXIX. 40—42.
6. Azúa, J., Gangrena histérica, seca, en place y lesiones por simulación en histericas. Rev. clin. de Madrid. 1910. III. 81—86.
7. Ballet, Gilbert, Neurasthenia. Translated from the 3 French Edition by P. Campbell Smith. 3. ed. London. H. Kimpton.
8. Barbieri, Antonio, Simulation d'amblyopie hystérique. Arch. de Psychiatrie. 1910. an IX. p. 606. Buenos Ayres.
9. Becker, H. C., Neurasthenia. Mercks Archives. XIII. 1—4.
10. Becker, Theophil, Ueber hysterische Pseudoaphasie. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 19. p. 875.
11. Derselbe, Über Hysterie. Deutsche Militärärztl. Zeitschr. No. 4. p. 145—163.
12. Belbèze, Raymond, La neurasthénie rurale. Fréquence, causes sociales et individuelles. Etude psychologique et clinique de la neurasthénie chez le paysan contemporain. Préface de M. le prof. Remond. Paris. Vigot frères.
13. Bernheim, Revision du chapitre des névroses, des psychonévroses. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 1.
14. Derselbe, La différenciation des psycho-névroses (hystérie) et de la neurasthénie. Journal de Médecine de Paris. No. 8. p. 161.
15. Derselbe, De la neurasthénie grippale. Revue de Médecine No. 9 p. 673.
16. Bianchi, L., Contributo alla conoscenza dell' isterismo. Annalidi di Neurologia. Jahrgang XXIX, Heft V.
17. Derselbe, Neurasthenia. Riforma medica. XXVII. No. 26.
18. Boggess, W. F., Neurasthenia. Kentucky Med. Journal. Jan. 1.
19. Bonhoeffer, Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie und Hysterie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 730.
20. Booth, D. S., Hysteria, with Especial Reference to Diagnosis. Gen. Practitioner. 1910. XXIII. 451—459.
21. Bordot, Enrique, Hyperthermie hystérique. Revista de la Sociedad medica Argentina. 1910. p. 313.
22. Bossi, L. M., Ein typischer Fall von hysterischer Lähmung infolge Eierstocks- und Uteruslähmung. Gynaekol. Rundschau. H. 22. p. 837.
23. Derselbe e Cerruti P., Psicopatie e isterismo da aborto. Gaz. med. lombarda. No. 27. p. 263.
24. Brill, A. A., Freuds Theory of Compulsion Neurosis. Amer. Medicine. Dec.
25. Browning, W., Is There Such a Disease as Neurasthenia? New York State Journ. of Medicine. Jan.
26. Brünings, Endoskopische Befunde bei Oesophagusneurosen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1912. No. 2. p. 176. **(Sitzungsbericht.)**
27. Budai, K., Kenotoxin und Neurasthenie. Klinikai Füzetek. **12.** No. 2. p. 67.
28. Buettner, W., Ein dem „Beinphänomen" der echten Tetanie in seinem klinischen Aussehen gleichendes vielleicht richtiger als „Pseudo Beinphänomen" zu bezeichnendes Symptom in einem Falle von Pseudotetania hysterica. Wiener klin. Wochenschrift. No. 5. p. 162.
29. Burr, C. W., A Case of Hysterical Hemiplegia Due to Autosuggestion. American Medicine. Febr.
30. Butler, George F., Hysteria. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXII. No. 3. p. 383.
31. Bychowski, Z., Die differentielle Diagnose der Hysterie und verwandter organischer Nervenkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr. No. 2. p. 60.
32. Carito, D., Die Reflexe der Neurasthenie im politischen Leben. Deutsche Revue. 1910. IV. 353—362.
33. Derselbe, La neurastenia universitaria, un contributo clinico. Gior. internaz. d. sc. med. n. s. XXXIII. 1—10.
34. Cathcarth, G. C., Recurring Aphonia in a Woman, aged 36. Prof. of the Royal. Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 5. Laryngological Section. p. 82.



35. Cawadias, Alex, L'aérophagie. La Clinique. 1910. M. 44. p. 689.
36. Chaumat, Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur (éreutophobie). Thèse de Bordeaux.
37. Chirivino, V., Gangraena cutis hysterica. Bolletino delle cliniche. N. 3. p. 97.
38. Clainquart, Les neurasthénies rurales. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 111. (Sitzungsbericht.)
39. Clarke, Ernest, Neurasthenia and Eye-Strain. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 24.
40. Clérambault, de et Vinchon, Amnésie chez une hystérique et organique; perte temporaire d'identité; ictus ou choc moral. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 105. (Sitzungsbericht.)
41. Cohn, Georg, Hysterische Sprachstörungen nach Diphtherie. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1004.
42. Cohn, Paul, Ein Wort zur Begriffsabgrenzung der Neurasthenie und Hysterie. Deutsche Mediz. Presse. No. 3. p. 22.
43. Condulmer, P., Tétanie hystérique. Rivista medica. No. 9. p. 141.
44. Coniglio, C., Disturbi trofici della cute di origine histerica. Gazz. degli Ospedali. No. 48.
45. Córdova, A. de, Una curiosa modalidad de contractura histerica. Rev. de med. y cirurg. de la Habana. XVI. 253—255.
46. Coriat, J. H, A Contribution to the Psychopathology of Hysteria. Journ. Abnorm. Psychol. VI. 33—65.
47. Courbon, P., Suggestibilité, pithiatisme et hystérie. Revue neurol. 2. S. p. 288. (Sitzungsbericht.)
48. Cuche, Un cas d'anesthésie hystérique généralisée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 316. (Sitzungsbericht.)
49. Curschmann, H., Schwere nervöse Dyspepsie mit habituellem Erbrechen. Münch. med. Wochenschr. 1912. p. 389. (Sitzungsbericht.)
50. Daniel, G., Contribution à l'étude de l'hystérie. Journ. méd. de Brux. 1910. XV. 476—478.
51. Déjerine et Gauckler J., Les manifestations fonctionnelles de psycho-névroses; leur traitement par la psychothérapie. Paris. Masson & Cie.
52. Dennett, Roger Herbert, Hysteria in Children. The Amer. Journ. of Obstetrics. March. p. 525.
53. Dercum, F. X., A Case of Astasia-Abasia. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 282. (Sitzungsbericht.)
54. Donley, J. E., Freud Anxiety Neurosis. Journ. Abnorm. Psychol. VI. 126—134.
55. Dor, L., Amblyopie hystérique. La Clinique ophtalmol. p. 176.
56. Dornblüth, Otto, Die Psychoneurosen, Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie. Ein Lehrbuch. Leipzig. Veit & Comp.
57. Dubois, Ueber die Definition der Hysterie. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 19. p. 657. u. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 6. u. Dtsch. Aerzte-Zeitung. No. 20. p. 457.
58. Derselbe, Nochmals: Ueber die Definition der Hysterie. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 30. p. 1037.
59. Dupré et Logre, Hystérie et mythomanie. Revue neurol. 2. S. p. 286. (Sitzungsbericht.)
60. Ellis, Havelock, Die Lehren der Freudschule. Centralbl. f. Psychoanalyse. 2. 61.
61. Engelen, Simulation und Aggravation neurasthenischer Beschwerden. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 8. p. 158.
62. Esmonet, Ch., La neurasthénie rurale. Le Progrès médical. No. 18. p. 225.
63. Espenel, A., Diagnostic de l'hemiplégie hystérique. Thèse de Lyon.
64. Eugenio, N., Paralisi di moto organiche ed isteriche. Riv. ital. di neuropat. IV. 59—69.
65. Ewens, John, Simulated Disease Occurring in Persons of Hysterical or Neurotic Temperament. Brit. Med. Journal. I. p. 358.
66. Fabbri, E., Appunti sulla genesi e sulla cura della Neurasthenia. Policlinico. XVIII. No. 28.
67. Fairbanks, A. W., A Case of Hysteria in a Boy. Pediatrics. 1910. XXII. 756—761.
68. Fedeli, C., A proposito di simulate anurie ed uroragie in isteriche. Riv. crit. di clin. med. XII. 385—388.
69. Felicine-Gurwitsch, Lydia, Ueber produktive Tätigkeit bei hysterischer Halluzination. (Versuch einer psychologischen Analyse.) Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 3. p. 1098.



70. Ferrier, David, Neurasthenia and Drugs. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 11. und Psychotherapija. No. 2.
71. Fleming, Robert A., Neurasthenia and Gastralgia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 29.
72. Florez-Estrada, Mariano P., Quelques idées sur les névroses cardio-aortiques. Arch. españoles de Psiquiatria. 1910. T. I. No. 6. p. 192—196.
73. Frank, L., Über Angstneurosen und Stottern. Zürich. Füßli.
74. Friedländer, A., Hysteria and Modern Psycho-Analysis. Journ. Abnorm. Psychol. V. 297—319.
75. Fuchs, Alfred, Tic der Rückenmuskeln und im Accessoriusgebiete. „Scoliosis hysterica." Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 1—2. p. 309.
76. Fukuda, Y., Über die Zirkulationsstörungen bei Neurasthenikern. Neurologia. Bd. X. H. 3. (japanisch.)
77. Ganser, Über Hysterie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 48. **(Sitzungsbericht.)**
78. Garban, Les déviations morbides du sentiment religieux à l'origine et au cours de la psychasthénie. Thèse de Paris.
79. Gaupp, Robert, über den Begriff der Hysterie. Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatr. Originale. Bd. V. H. 4. p 457.
80. Gereda, Eduardo G., Tres casos de sordomudez histerica. Siglo Medico. p. 787.
81. Giliberti, L., La neurasthenia nel suo momento etiologico sociale. Gior. internaz, d. sc. med. 1910. n. s. XXXII. 455—466.
82. Glorieux, Un cas d'oedème hystérique. Journal de Neurologie. No. 4. p. 61.
83. Goggia, Meccanismo ed interpretazione degli spasmi respiratori nell'isterismo. Tommasi. Band VI. Heft 20.
84. González, J. de Jesus, Manifestaciones oculares de la histeria y su importancia para el diagnóstico general de la neurosis. An. de oftal. XIII. 90. 138.
85. Grandjean, Betrachtungen über einen Fall von Astasie-Abasie mit Herzneurose. Neurol. Centralbl. 1912. p. 331. **(Sitzungsbericht.)**
86. Gromow, N., Die Neurasthenie bei Pferden. Arch. f. Veterinärwissensch. **41.** 622.
87. Grosse, A. B., Impotentia Coeundi and Sexual Neurasthenia, and Their Treatment California State Journ. of Medicine. Jan.
88. Haenlein, Neuere Literatur über hysterische Ohrenerkrankungen. **Sammelreferat.** Mediz. Klinik. No. 21. p. 825.
89. Hart, Bernard, Freuds Conception of Hysteria. Brain. Part. CXXXI. Vol. XXXIII. p. 339.
90. Hartenberg, P., La base organique de l'ereuthophobie et son traitement. La Presse médicale. No. 16. p. 140.
91. Hernández, Silverio, Algunas consideraciones a proposito de la Sordo-Mudez histerica con motivo de un caso clinico. El Siglo Medico. p. 658.
92. Hessel, Karl, Ein Fall von hysterischem Fieber, verbunden mit Anurie und hysterischem Erbrechen. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.
93. Hirsch, Georg, Eine hysterische Röntgenverbrennung. Münch. Med. Wochenschr. 1912. p. 115. **(Sitzungsbericht.)**
94. Holding, Arthur, The Röntgen Rays in Neurasthenia. Medical Record. Vol. 80. p. 947. **(Sitzungsbericht.)**
95. Holmes, Gordon, The Sexual Element in the Neurasthenia of Men. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 50.
96. Hyslop, J. H., The Burton Case of Hysteria and other Phenomena. Journ. Am. Soc. Psych. Research. V. 289—319.
97. Irueste, I., y Tapia D. G, Un caso de mutismo histérico. Rev. Ibero. Am. de cien. méd. XXV. 107—109.
98. Janet, Pierre, L'état mental des hystériques. Les stigmates mentaux des hystériques. — Les accidents mentaux des hystériques. — Etudes sur divers symptômes hystériques. — Le traitement psychologique de l'hystérie. Paris. Félix Alcan.
99. Jennings, Hystéro-neurasthénie par ensorcellement auto-suggéré. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 111. **(Sitzungsbericht.)**
100. Joire, P., La nature de l'hystérie et son traitement. Nord méd. XVIII. 1—6.
101. Jourdan, E., L'hystérie. Marseille méd. XLVIII. 113—116.
102. Juarros, C. y Diestra, J. G. del, Cooperación al estudo del histerismo infantil. Archivos españoles de Neurol. **2.** 145.
103. Kauffmann, Max, Über hysterisches Fieber. Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 5. p. 706.
104. Knothe, Die Unbrauchbarkeit der psychologischen Theorien der Hysterie. Erklärungsmöglichkeit der neuesten Forschungen der Freudschen Schule durch Irradiation und Antagonismus in den Nervenzentren. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. XI. 205.



105. Kohnstamm, Oskar, Zum Wesen der Hysterie. Die Therapie der Gegenwart. Febr. p. 68.
106. Derselbe, Das System der Neurosen. Neurol. Centralbl. p. 1205. **(Sitzungsbericht.)**
107. Kostyleff, N., Les derniers travaux de Freud et le problème de l'hystérie. Archives de Neurologie. 9. S. Vol. I. p. 17, 75.
108. Lachowski, Leo, Ueber hysterische Hemiplegie. Inaug.-Dissert. Greifswald.
109. Lanchart, L. N., Chirurgie und Neurasthenie. Wiener mediz. Blätter. No. 4. p. 37.
110. Lazell, E. W., Neurasthenia and Psychasthenia. Colorado Medicine. May.
111. Leclère, A., La mentalité hystérique. Journ. de Psychol. norm. et path. **6.** 501.
112. Lépine, Jean, Hystérie, insuffisance rénale. Rétention chlorurée. Revue de Médecine. No. 9. p. 744.
113. Derselbe et Froment Jules, Hystérie et insuffisance rénale. Lyon médical. T. CXVII. p. 969.
114. Lewintom, Fall von Hysterie und Blutung aus den Augen und den Ohren. Monatsschrift f. Ohrenheilk. p. 1267. **(Sitzungsbericht.)**
115. Loeper, A propos des psychonévroses. Le Progrès médical. No. 10. p. 124.
116. Lucangeli, Gian Luca, Isteria e nevrosi. Rassegna di studii psich. **1.** 540.
117. Maclaren, A., and Daugherty, L. E., Pyloroptosis: Gastric Atony as Original Cause of Neurasthenia, its Cure. Annals of Surgery. Sept.
118. Macnamara, E. D., A Lecture on Psychoneuroses. The Lancet. II. p. 428.
119. Macnaughton-Jones, H., The Sexual Element in the Neurasthenia of Women. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 61.
120. Maeder, A., Dubois-Freud. — Ueber die Definition der Hysterie. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 26. p. 907.
121. Major, Gustav, Psychasthenie im Kindesalter. Klin. f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. VI. H. 4. p. 327.
122. Derselbe, Die Neurasthenie der Jugendlichen. Medizin. Klinik. No. 37. p. 1424.
123. Marentholtz, v., Zwei Fälle von hysterischer Amaurose (Schreckneurose). Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene d. Auges. No. 6. p. 45.
124. Margulies, M., Zur Frage der Hystero-Epilepsie. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI. H. 2. p. 158. u. Bd. VI. H. 4. p. 350.
125. Marx, Karl, Über einen Fall von hysterischem Ileus. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.
126. Matthes, M., Fall von hysterischer Tachypnoe. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2249. **(Sitzungsbericht.)**
127. Mc Arthur L. L., Presentation of a Case of Mutilating Operations in An Hysterical Patient. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol 38. p. 425. **(Sitzungsbericht.)**
128. Mc Creary, J. B., Hysteria, its Symptoms, Etiology, Prognosis and Treatment. Kentucky Med. Journ. April 1.
129. McKenzie, Dan, Hysterical Deafness Diagnosed (and Cured) by the Caloric Vestibular Test. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Otological Section. p. 18.
130. Meige, Henry, Hystérie, Neurasthénie. Paris. Impr. Lahure.
131. Meyer, Rudolph, Über einen Fall von Hysteria gravis mit universellem Schütteltremor. Inaug.-Dissert. Kiel.
132. Meyer, Semi, Zur Hysterietheorie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 2. p. 216.
133. Derselbe, Hysterie Typen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jahrg. XIII. H. 2—3. p. 16. 21.
134. Mogwitz, Günther, Hysterischer Schütteltremor und Simulation. Inaug.-Dissert. 1910. Kiel.
135. Monse, A., Fall von schwerer Hysterie bei einem Soldaten. Arb. u. Protok. d. Kaiserl. Kaukas. Ges. **47.** 273.
136. Moore, Ross, The Recognition of the Pre-Neurasthenic and Pre-Insane Condition in the Young. A Study for the General Practitioner. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 26. p. 2079.
137. Moreno, J., Sur un cas de tachypnée hystérique simulant „un coup de Chaleur". Archives the Psychiatrie. Buenos Ayres. 1910. p. 330.
138. Morquio, L., Pseudo appendicitis histérica. Rev. méd. d. Uruguay. 1910. XIII. 295—304.
139. Morselli, A., Sulla natura dell'isterismo. III. Versammlung für Neurologie. Rom, Oktober.
140. Mott, F. W., Neurasthenia and Some Associated Conditions. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 1.
141. Moutinho, M., Amaurose hysterica. Med. contemp. 1910. XXVIII. 403.
142. Mecchin, N., Über hysterisches Zittern. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) **10.** 1345.



143. Müller, Eduard, Hysteria suffocans. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 714. **(Sitzungsbericht.)**
144 Derselbe, Hysterische Abasie. ibidem. p. 926. **(Sitzungsbericht.)**
145. Murri, A., Psichopatie gastriche e vomiti incoercibili. Riforma medica. Dec. 11.
146. Naame, Pathogénie et traitement de l'hystérie. Journal de médecine de Paris. No. 31. p. 612.
147. Nascimbene, E., Paralisi di moto organiche ed isteriche. Riv. ital. di Neuropat. IV. fasc. 2.
148. Noble, C. P., Nature of Neurasthenia and Acute Insanity. New York Med. Journal. Febr. 18.
149. Nofer, G. H., Hysteria in a Girl of 7 Years. New York Med. Journal. Aug. 5.
150. Novak, Emil, Certain Gynecologic Aspects of Neurasthenia and Hysteria. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1608. **(Sitzungsbericht.)**
151. Olano, G., Alucinaciones del sentido del gusto, precursoras (aura) de ataques histero epileptiformes curados por autosugestion. Crón. méd. 1910. XXVII. 315—317.
152. Ormerod, J. A., Two Theories of Hysteria. Brain. Part CXXXI. Vol. XXXIII. p. 269. und Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 3. Neurol. Section. p. 1.
153. Panski, Fall von vollkommener hysterischer Taubstummheit. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1265. **(Sitzungsbericht.)**
154. Patel, Paralysie hystérique de la main gauche. Lyon médical. T. CXVI. p. 1006. **(Sitzungsbericht.)**
155. Paysse, Camilo, Una funga histérica. Rev. méd. d. Uruguay. 1910. XIII. 414—419.
156. Poix, G., Anorexie mentale. Arch. méd. d'Angers.
157. Pope, C., A Note on Tubercular Phobia. Med. Fortnightly. XXXIX. 205.
158. Popow, A., Chorea rhythmica hysterica infantum. Fall von Hysterie mit motorischen Erscheinungen beim Kinde. Aerztl. Ztg. (russ.) **18.** 1535.
159. Poulalion, Marius, Jeune malade ayant 30 à 40 fois par jour des crises spontanées de convulsions laryngo-diaphragmatiques, accompagnées, précédées ou suivies de crises de sommeil nerveux, accès spontanés de narcolepsie. Journal de Médecine de Paris. No. 16. p. 320.
160. Poulalion, S. Marius, et Meunier, Raymond, Note sur quelques caractéristiques respiratoires dans les accès spontanés de narcolepsie et de convulsions laryngo-diaphragmatiques (psycho-névrose: grande hystérie). Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 17. p. 755.
161. Primrose, J. W., Neurasthenia. Mississippi Med. Monthly. March.
162. Pruns, Hans, Über hysterische Lähmungen und Schüttellähmungen nach Trauma. Inaug.-Dissert. 1910. Kiel.
163. Rankin, Guthrie, A Post-Graduate Lecture on Neurotic Dyspepsia. Brit. Med. Journal. II. p. 1524.
164. Rappaport, A., 2 Fälle von hartnäckigem nervösem Singultus. Revue f. Psych. (russ.) **16.** 330.
165. Rauzier et Roger, Angor hystérique chez une aortique. Montpellier médical. T. XXXIII. p. 30.
166. Reed, R., Neurasthenia Concept: Attempt at its Systematization. Lancet-Clinic. Sept. 2.
167. Ring, A. H., Psychasthenia: Diagnosis; Case. N. Engl. M. Gaz. 1910. XLV. 580—582.
168. Riviere, Clive, Neurasthenia in Children. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 38. und Pediatrics. XXIII. 129—140.
169. Robinson, A. A., Neurasthenia Gastrica (Nervous Dyspepsias of Leube). American Medicine. April.
170. Roques, J., Observation d'une maladie hystérique à l'hôpital de Limoges. Limousin méd. LXXXIV. 161—171.
171. Sabelli, R., Hysteric Spasm of the Larynx. Policlinico. XVIII. No. 28.
172. Salazar, R. Alvarez Goméz, La consciencia personal y su caracter en los psicastenicos. Rev. Ibero-Am. de cien. méd. 1910. XXIV. 401—427.
173. Salter, A. G., Three Cases of Hysteria. Australasian Med. Gazette. June.
174. Sánchez-Herrero, Abdon, Caso práctico de histerismo. El Siglo medico. p. 262.
175. Derselbe, Un psicastenico. ibidem. p. 247.
176. Schuster, Fall von hysterischer Wirbelsäulenverkrümmung. Berliner klin. Wochenschr. p. 187. **(Sitzungsbericht.)**
177. Schwab, S. J., An Estimate of Freuds Theory of Neuroses, its Value to the Neurologist. Interstate Med. Journ. Sept.
178. Scott, J. M., Relation of Nasal and Ocular Hygiene to Neurasthenia. Womans Med. Journal. July.




179. **Sears**, F. W., Hysteria. Vermont Med. Monthly. July 15.
180. **Shahan**, W. E., Copiopia Hysterica, with Report of two Cases. Journ. of Ophthalmol. Nov.
181. **Skoog**, A. L, Functional Monoplegia. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Nov.
182. **Smith**, P. C. Campbell, Neurasthenia Minor. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 107.
183. **Sommer**, Max, Zur Frage der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie. Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VI. H. 2. p. 247.
184. **Stegmann**, A., Einiges über Hysterie vom Standpunkt der Lehren S. Freuds. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 48. **(Sitzungsbericht.)**
185. **Steyerthal**, Armin, Neuere Anschauungen über Hysterie. Dtsch. Mediz. Presse. No. 15. p. 117. u. New Yorker Mediz. Monatsschr. No. 3. p. 63.
186. Derselbe, Hysterie und kein Ende. Offener Brief an Herrn Staatsanwalt Dr. Erich Wulffen. Halle.
187. Derselbe, Schwankungen des Hysteriebegriffs. Deutsche Medizin. Pesse. No. 23—24. p. 183, 192.
188. **Stoddart**, W. H. B., Nervous Exhaustion. Clin. Journ. XXXVII. 321—325.
189. **Strümpell**, v., Funktionelle Neurose. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 294.
190. **Suchow**, A., Zur Frage der kombinierten Formen von Hysterie und reflektorischer Epilepsie. Psych. d. Gegenwart. (russ.) **5.** 297.
191. **Suckling**, C. W., Neurasthenia and Movable Kidney. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 96.
192. **Swan**, J. M., and **Sutter**, C. C., The Organic Basis of Neurasthenia. New York Med. Journal. Jan. 21.
193. **Szörényi**, Theodor, Beiträge zur Pathologie der sexuellen Neurasthenie. Pester mediz.-chir. Presse. No. 19—21. p. 145, 153, 164.
194. **Tannenbaum**, S. A., Freuds „Apprehension Neurosis". Amer. Medicine. Dez.
195. **Tordo**, L., Contribution à l'étude de la dyspnée hystérique, tachypnée ou polypnée. Thèse de Lyon.
196. **Tredgold**, A. F., Neurasthenia and Insanity. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 96.
197. **Treves**, Marco, Nuova teoria della isteria e della epilessia. Gaz. med. lombarda. No. 32. p. 311.
198. **Tumiati**, C., Sindrome demenziale in isterica. Note e riv. di psichiat. 1910. 3. S. III. 385—393.
199. **Urbantschitsch**, Ernst, Ueber neurasthenisch-paretische Zustände auf toxischer Grundlage. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6. p. 749. **(Sitzungsbericht.)**
200. **Valle y Aldabalde**, Rafael del, Histerismo masculino. Revista de Med. y Circurgia práct. p. 169, 209.
201. **Valude**, Amaurose unilatérale hystérique. Ann. d'oculistique. p. 87.
202. **Volpi-Ghirardini**, Gino, Sugli stati secondi isterici. (Contributo di psicopatologia clinica.) Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 3. p. 735.
203. **Warrington**, W. B., Neurasthenia. The Medical Chronicle. 4. S. Vol. XX. No. 4. p. 203.
204. **Weber**, F. Parkes, Hysteria. Brit. Med. Journal. II. p. 1535. **(Sitzungsbericht.)**
205. Derselbe, On the Association of Hysteria with Malingering, and on the Phylogenetic Aspect of Hysteria as Pathological Exaggeration (or Disorder) of Tertiary (Nervous) Sex Characters. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 2. Medical Section. p. 26. u. The Lancet. II. p. 1542.
206. **Weisswange**, Die Beziehungen der funktionellen Neurosen resp. der Hysterie zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 49. **(Sitzungsbericht.)**
207. **Werther**, Über hysterische Hautnekrose mit erythematösem und exsudativem Vorstadium. Dermatolog. Zeitschrift. Bd. XVIII. H. 4. p. 341.
208. **Williams**, T. A, Cases Illustrating the Origin of Hysterical and Pseudo-Hysterical Symptoms. Med. Press and Circular. May 24.
209. Derselbe, Freuds Ideas on Psychoneuroses. West Virginia Med. Journal. July.
210. Derselbe, Genesis of Hysterical States in Childhood, and their Relations to Fear and Obsessions. Brit. Journ. of Childr. Diseases. **8.** 63.
211. Derselbe, Hysteria or Neoplasm. Old Dominion Med. Times and Utah Med. Journ. Oct. XXXI.
212. **Wilson**, S. A. K., Some Modern French Conceptions of Hysteria. Brain. Part CXXXI. Vol. XXXIII. p. 293.
213. **Wolfer**, Leo, Simulation eines Magengeschwürs. Zugleich ein Beitrag zum Kapitel der Hysterie. Der Militärarzt. No. 22. p. 245.



214. Wolffensperger, W. P., Hysterischer Affekttraumzustand. Milit.-geneesk. Tijdschr. 15.
215. Zendig, Hysterische Contraktur des rechten Hand- und der meisten Fingergelenke. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 759. (Sitzungsbericht.)

Werther (207) berichtet über ein 16jähriges Mädchen, das nach einer schweren Verbrennung infolge des sich daran anschließenden Rentenkampfes hysterisch geworden war. An der Narbe zeigte sich zunächst ein rasch heilendes Ekzem, später Bläschenbildung mit Umwandlung in Nekrosen und Geschwüre. Ein fester Verband mit Stärkebinden verhütete neue Effloreszenzen. Dagegen entstanden Nekrosen an symmetrischen Stellen beider Oberschenkel, die experimenti causa mit Zinkpflaster bedeckt worden waren. Verf. erblickt in seiner Beobachtung den Beweis dafür, das sensible Reize, welche bei einem gesunden Nervensystem höchstens eine leichte, vorübergehende Rötung der Haut verursachen, hier auf dem Wege des langsam in die Erscheinung tretenden Reflexes (Spätreflexes) schwere vasomotorische Veränderungen hervorriefen. Die klinische Entwicklung der experimentell erzeugten Eruptionen soll für die Richtigkeit der Ansicht Kreibichs sprechen, daß auf dem Wege des vasomotorischen Reflexes Entzündung erzeugt werden kann. Dem recht nahe liegenden Einwand des Artefakts glaubt Verfasser dadurch zu begegnen, daß er auch eine daraus entstandene Nekrose mit entzündlichem und exsudativem Vorstadium stets deutet als vasomotorischen Spätreflex nach sensiblem Reiz.

Fuchs (75) berichtet über einen 22jährigen, aus gesunder Familie stammenden Studenten, bei dem sich plötzlich eine hysterische Skoliose herausgebildet hatte; dabei wurde die Hüfte so weit in die Höhe gezogen, daß der rechte Fuß nur mit der Spitze den Boden berührte. Außerdem bestanden starke tonische und vereinzelte klonische Krämpfe im Bereiche des linken Akzessorius sowie bilaterale, tonische Grimassen erzeugende Krämpfe im Gesicht mit Erschwerung der Sprache und starker Salivation. Offenbar ist auch die Skoliose durch tonische Krampfzustände im Erector trunci und Quadratus lumborum der Konkavitätsseite entstanden.

Ausgleich der Deviation bis auf eine leichte Abweichung der Wirbelsäule gelingt in der Bauchlage mit überhängendem Kopf.

Glorieux (82) stellte eine 21jährige Hysterika vor mit einer Kontraktion der linken Hand- und der Fingergelenke und einem starken Ödem dieser Partien, das sich noch auf einen Teil des Vorderarms erstreckte und bereits seit 7 Monaten unverändert fortbestand.

Margulies (124) teilt die Krankengeschichte eines 20jährigen Mädchens mit, bei der neben gemeiner Epilepsie und von dieser abhängig eine Hysterie bestand. Es wurde eine Reihe methodischer, psychologischer Untersuchungen angestellt, um der Frage näherzutreten, ob es eine hystero-epileptische Charakterveränderung gibt. Denn wenn auch neuerdings die Neigung besteht, den Namen Hystero-Epilepsie als Krankheitsbezeichnung fallen zu lassen, so kann man sehr wohl von einer hystero-epileptischen Anlageveränderung sprechen: Die Gesamtanlage des Individuums wird durch epileptische und durch hysterische Störungen verändert und aus dem Zusammenwirken an sich verschiedenartiger Schädlichkeiten muß etwas einheitlich Neues entstehen, das anders ist als eine rein epileptische oder rein hysterische Anlageveränderung. Die Resultate der angestellten Versuche führten zu keinem befriedigenden Ergebnis, da zwar das hysterische Moment in hinreichender Weise in den Assoziationen zum Vorschein kam, die Symptome der epileptischen Reaktionsart aber weniger eindeutig waren; damit wurde auch die Möglichkeit, experimentell einen hystero-epileptischen Assoziationstypus herauszustellen, unsicher.



Janet (98) hat einen Teil seiner an verschiedenen Stellen publizierten Hysteriearbeiten zusammengefaßt in einem umfangreichen Bande: l'état mental des Hystériques. Die 3 Hauptteile behandeln: Die psychischen Eigenschaften der Hysterischen, welche am ausführlichsten dargestellt werden; hier wird die Hysterie definiert als die Form einer seelischen Veränderung mit der Neigung zur dauernden und vollständigen Spaltung der Persönlichkeit. Im 2. Teil werden verschiedene hysterische Symptome und im 3. die psychologische Behandlung der Hysterie besprochen.

Einen außerordentlich starken Schütteltremor bei einem 46jährigen Schwindler beschreibt **Mogwitz** (134). Als Ätiologie kommen in Betracht die psychischen Traumen infolge der Inhaftierungen und Verurteilungen. Der Tremor fehlt in der Ruhe vollständig, wechselt in seiner Lokalisation und Stärke, steigert sich bedeutend in der Erregung und vor allem bei ärztlicher Untersuchung, läßt nach bei abgelenkter Aufmerksamkeit. Er ist ziemlich grobschlägig, so daß er den Eindruck der Imitation erweckt, und kann bis zu einem heftigen Schütteln, an dem der ganze Körper beteiligt ist, ausarten. Die Folge davon ist ein breitbeiniger, steifer taumelnder Gang und Schwindelgefühl sowie eine stark beschleunigte Herzaktion. Es handelt sich um eine hysterische Schüttelneurose. Ein Teil des Zitterns, namentlich das maßlose Zittern ist auf Aggravation zurückzuführen, zumal es dem Patienten schon einmal gelungen war, sich durch ein ärztliches Attest aus einer prekären Lage zu befreien.

In den von **Pruns** (162) beobachteten Fällen handelt es sich um hysterische Monoplegien einer oberen Extremität nach Trauma, im ersten Fall mit hysterischem Tremor und geringer motorischer Schwäche, im zweiten mit hochgradiger motorischer und sensibler Lähmung der Extremität.

Bychowski (31) bedauert, daß noch heute viele Autoren die Hysterie von dem streng morphologischen, rein symptomatischen Gesichtspunkt der Schule der Salpetrière aus betrachten, ohne in den Prozeß der Entstehung und Entwicklung dieser Symptome tiefer einzudringen. Hysterie ist eine Krankheit der Seele und darf nicht auf Grund von Momentaufnahmen diagnostiziert werden. Es gibt kein einziges somatisches Symptom, welches nur der Hysterie eigen und für sie pathognomonisch wäre. Nur aus der Berücksichtigung der Allgemeingestalt der Symptome und, was vielleicht noch wichtiger ist, aus ihrem Entstehungsmechanismus, chronologischer Entwicklung, und aus den Schwankungen, welchen sie unterliegen, kann die Diagnose Hysterie gestellt werden.

Becker (11) berichtet über die im Garnisonlazarett Metz während des Jahres 1909/10 beobachteten Fälle von Hysterie. Er erwähnt als erste Gruppe Fälle von hysterischer Veranlagung mit den psychischen Zeichen erhöhter Labilität der Stimmung, gesteigerter Affektansprechbarkeit, erhöhter Beeinflußbarkeit von außen uud innen und somatischen Dauersymptomen meist in charakteristischer Zusammenstellung. In einer anderen Gruppe werden die Fälle zusammengefaßt, in denen gewisse körperliche Störungen, Lähmungen, Reizerscheinungen u. dgl. das Krankheitsbild beherrschen. In allen diesen Fällen ist nicht das zeitig vorliegende Krankheitssymptom ausschlaggebend für die Entscheidung der Dienstfähigkeit oder Unbrauchbarkeitserklärung, sondern die psychische Gesamtkonstitution. Verhältnismäßig zahlreich sind die hysterischen Blasenstörungen vertreten, die nach der Auffassung der meisten Autoren als seltenes hysterisches Symptom gelten. Es handelte sich um Krampfzustände des Blasenschließmuskels mit Unfähigkeit der willkürlichen Entleerung in zwei Fällen, in anderen um Blasenschwäche mit Versagen des Schließmuskels, erschwerter Funktion des



Austreibers oder mit Polyurie und Pollakisurie; fast alle waren geistig minderwertig. Mehrfach waren auch die Familienangehörigen Bettnässer. Weitere Gruppen bilden die traumatische Hysterie, ferner die hysterischen Anfallszustände. Von diesen bezeichnet Verfasser als dienstunfähig jeden Fall, bei dem häufig Anfälle schon früher bestanden, jeden, der eine nicht unwesentliche intellektuelle Schwäche aufweist, jeden, der eine unstete Lebensführung hatte, der öfter bestraft ist, vor allem jeden, bei dem im Anschluß an einen Anfall eine wenn auch nur kurze psychische Störung in Form von Verwirrtheit und Unorientiertheit, von länger anhaltender Bewußtseinstrübung bestand. In den Fällen, deren Störungen vorwiegend auf psychischem Gebiet sich abspielten, handelte es sich um angeborene Geistesschwäche mit Hysterie, ferner um hysterisch-psychopathische Konstitution, um Erregungszustände, Dämmerzustände, einmal um periodische psychogene Depression.

Bernheim (13) bekämpft die Zusammenfassung aller derjenigen nervösen Erkrankungen unter den Begriff Neurose, für die eine anatomische Grundlage bisher nicht gefunden ist. Als Neurosen, oder vielmehr Psychoneurosen sind nur zu bezeichnen Erkrankungen, welche charakterisiert werden durch nervöse Störungen emotiven Ursprungs, die entstehen oder reproduziert werden durch psychische Vorstellungen. Die Hauptvertreterin dieser Gruppe ist die Hysterie. Aber außer ihr gibt es noch eine ganze Anzahl von Psychoneurosen: sensible, sensorielle, Kontraktur- und paralytische Psychoneurosen; alle organischen Funktionen haben ihre Psychoneurosen. Die Neurasthenie dagegen gehört nicht hierher, sie ist, wie die Psychosen, eine Allgemeinerkrankung, wahrscheinlich autotoxischen Ursprungs auf konstitutioneller Grundlage.

Kauffmann (103) sah eine 23 jährige an Herzkrämpfen und Schwindelanfällen leidende Hysterika mit auffallenden Schwankungen des Körpergewichts besonders nach seelischen Erregungen, Schwankungen der Urinsekretion Veränderlichkeit der Spannung und Frequenz des Pulses sowie der Höhe des Blutdrucks. Auch leichte Temperaturerhöhungen — bis 37,7 rektal — wurden in Gegenwart des Arztes zuweilen festgestellt. Einmal nach 2stündiger, durch Pausen unterbrochener Arbeit am Brems-Ergometer stieg die Temperatur von 37,7 auf 39,1; in beiden Achselhöhlen: 38,8 l., 38,4 r. Dabei fühlte sich die Haut trocken und heiß an. Der psychische Zustand besserte sich unter Arsenbehandlung, während die vegetativen Störungen noch lange bestehen blieben. Verf. schließt: 1. Auch bei rein funktioneller Gehirnerkrankung wie bei Hysterie können infolge von Störungen der Wärmeregulation (verminderte Wärmeabgabe durch die Hautdrüsen usw.) febrile Temperaturen entstehen. 2. Der Wasserhaushalt (das Körpergewicht) kann auffallende Schwankungen zeigen infolge von zentral bedingter Störung der Nierentätigkeit und innervatorischer Störung der Muskulatur (des Hauptwasserdepots im Organismus). 3. Ähnlich wie bei Geisteskranken kann eine zeitliche Differenz bestehen zwischen vegetativen und psychischen Störungen, die zurückzuführen ist auf eine nicht gleichzeitige Erkrankung der betreffenden Gehirnpartien.

Als sicheres Ergebnis der vielen Bemühungen um das Wesen der Hysterie verzeichnet **Gaupp** (79) die Erkenntnis, daß die Hysterie keine selbständige Krankheit, keine entité morbide ist, sondern eine abnorme Reaktionsweise des Individuums, die sich äußert in dem Auftreten hysterischer Symptome. Dieses Auftreten als Reaktion auf bestimmte Lebensvorkommnisse wird ermöglicht durch eine bestimmte Seelenbeschaffenheit, die wesentlich in quantitativer Steigerung und eigenartiger Mischung gewisser allgemeiner menschlicher Charaktereigenschaften besteht. Dieser Seelen-



zustand ist in seiner pathologischen Bedeutung nicht immer gleich zu bewerten; er kann in einem Falle dem Normalzustande ganz nahestehen, im anderen auf schwere Entartung hinweisen. Das Unterscheidende liegt nicht in der Zahl und Massigkeit der Symptome, sondern im Verhältnis von Individuum und Außenwelt. Die „hysterische Veranlagung“ ist demnach keine starre pathologische Größe, sondern am Anfang der geistigen Entwicklung des Menschen dem Normalhabitus noch nahe; sie erreicht eine größere pathologische Bedeutung, wenn sie sich beim Erwachsenen und namentlich beim gebildeten Erwachsenen schon unter der Einwirkung der gewöhnlichen Lebenserfahrungen zur Geltung bringen kann; sie steht wieder dem Normaltypus näher, wenn außergewöhnlich schweres Schicksal die Seele heimsucht und zur Hysterie führt. Maßgebend für die Beurteilung, ob pathologisch oder nicht, ist nicht das rein klinische Bild der Symptome, sondern die Bewertung einer Reihe von Umständen, die sonst nicht in den naturwissenschaftlich-ärztlichen Bereich fallen. Breuer und Freud, mit deren ersten Hysteriearbeiten im Gegensatz zu Freuds späteren Schriften sich Verf. einverstanden erklärt, haben das große Verdienst des Hinweisens darauf, daß soziale, ethische und ästhetische Faktoren, die man als wertvolle Kulturerrungenschaften betrachtet, für bestimmte Gruppen von Menschen direkt pathogen werden können.

Aus der Klinik wissen wir, daß die „hysterische Veranlagung“ bald angeborener Defekt ist, bald Produkt schlechter Erziehung, bald Folge ungewöhnlich widriger Lebensschicksale, bald Spätsymptom bei körperlicher oder geistiger Erkrankung. Der sicher funktionierende Hemmungsapparat des Gesunden und geistig Starken, dieses fein abgestufte System der Regulierungen befindet sich bei den Menschen mit hysterischen Reaktionen in Unordnung. Es ist noch mangelhaft ausgebildet beim Kinde: daher dessen hysterische Reaktion schon auf mäßige Reize bei guter Prognose. Die mangelhafte Ausbildung dieses Systems im Verein mit der geringen Fähigkeit zu seiner Ausbildung beim angeboren defekten Menschen begründen dagegen die schlechte Prognose des schwachsinnigen Hysterischen. Beim infantilen Weibe und beim weibischen Manne bleibt das System schwächer; es wird in Pubertät und Klimakterium vorübergehend sozusagen gelockert oder beschädigt, wenn aus der Körperlichkeit massenhafte unklare und beunruhigende Empfindungen auftauchen, deren geistige Verarbeitung und gemütliche Ausgleichung nicht gelingen will. Endlich wird das Regulierungssystem defekt, oder „dissoziiert“, wenn die ganze geistige Persönlichkeit in ihren Grundfesten erschüttert wird.

Weil sich nun im Laufe des individuellen Lebens eine immer festere Zuordnung zwischen gefühlsmäßigem Erleben, intellektueller Verarbeitung und bewußter Willensbetätigung, vor allem energischer Bewegungshemmung herausbildet, schwächt sich der motorische Ausdruck der hysterischen Reaktionsweise mit dem Lebensalter allmählich ab; daher die massiven Symptome und starken, motorischen Affektentladungen der jugendlichen Hysterie. So kennzeichnet auch Massenhysterie und „grande Hysterie“ ein noch unfertiges, kulturell junges Volk; auf der Höhe seiner Kraft findet die hysterische Reaktionsweise keinen guten Boden. Alternde Kulturen geben infolge der sich ausbreitenden Entartung wieder einen besseren Boden für die Hysterisierung weiter Kreise.

Eine stark neuropathisch belastete 22jährige Hysterika sah **Meyer** (131). Auslösendes Moment: Schreck bei einem Einbruch in die Wohnung der Eltern in ihrem 2. Lebensjahre. Seit dem 12. Lebensjahre häufige Krampfanfälle. Der aufgenommene Befund ergab: Überempfindlichkeit des Kopfes



und der Wirbelsäule, Mastodynie, Fehlen des Rachenreflexes, Steigerung der Sehnenreflexe, der Muskel- und Hauterregbarkeit. Es bestand Erbrechen, Gehstörung, vor allem ein universeller Schütteltremor der Beine, der Arme und des Kopfes, so daß der ganze Körper oszillatorische Bewegungen ausführte. Später kamen noch hinzu Sprachstörung, Schreianfälle mit Jaktationen und Andeutung von Arc de cercle sowie Erinnerungsdefekte.

Unter tertiärem Geschlechtscharakter versteht **Weber** (205) Eigenschaften, die vom Nervensystem abhängig sind, auf dem Gebiete des Affektlebens und des Intellekts. Diese tertiären nervösen Charaktereigenschaften sind im Gegensatz zum primären und sekundären Geschlechtscharakter keineswegs Eigentümlichkeiten eines Geschlechts: man nennt sie männlich oder weiblich, je nachdem sie bei dem einen oder anderen Geschlecht überwiegend vertreten sind. Vom phylogenetischen Standpunkte aus definiert nun Weber die Hysterie als pathologische Steigerung oder Störung gewisser tertiärer, nervöser weiblicher Sexualcharaktereigenschaften.

Im Gegensatz zu der heutigen Anschauung, daß die Hypochondrie keine Krankheitsform, sondern nur ein Krankheitszustand ist, der bei den verschiedensten Psychosen vorkommt, tritt **Sommer** (183) dafür ein, eine bestimmte Gruppe von Krankheitsfällen unter der Bezeichnung Hypochondrie als Krankheitsart zusammenzufassen und ihr eine gewisse nosologische Selbständigkeit einzuräumen. Sie gehört der großen Gruppe der psychogenen Krankheitsformen als eine wohl charakterisierte Unter- bzw. Spezialform an. Aus den selbständigen psychogenen Krankheitsformen, deren Aufstellung Verf. für geboten hält, hebt sich die Hypochondrie als scharf umrissener Krankheitstyp heraus, charakterisiert, abgesehen von der psychogenen Grundlage bei Entstehung der psychotischen Symptome, durch das Auftreten eines stets gleichen, bestimmten Symptomenbildes — die Wahnideen entstammen sämtlich dem Gebiete des Bewußtseins der Körperlichkeit und unterscheiden sich in bestimmter Weise von der Art der Wahnideen der Paranoikers — und charakterisiert wahrscheinlich auch durch den chronischen Verlauf der Erkrankung, die aber nicht zu intellektuellen Schwächezuständen führt. Man kann zwei Unterformen unterscheiden: die leichtere, die hypochondrische Neurose mit vorherrschenden Parästhesien — wohl auf dem Boden der angeborenen, psychogenen Disposition meist früher entstehend —, und die schwerere, die hypochondrische Psychose des höheren Lebensalters mit größerer Neigung zur Wahnbildung.

Becker (10) berichtet über Sprachstörungen bei einem Soldaten, der im Anschluß an eine bei einem Eisenbahnzusammenstoß erlittene Gehirnerschütterung an einer traumatischen Hystero-Neurasthenie erkrankt war. Mehrere Wochen später nach einer neuen leichten Verletzung durch Sturz trat die Sprachstörung auf ohne irgendwelche anderen zerebralen Symptome: es bestand ausschließlich eine Erschwerung der Wortfindung mit häufigen Umschreibungen für konkrete Gegenstände, sobald der Patient erregt war, während im Kreise seiner Kameraden keine Veränderung zu bemerken war. Irgendwelche Zeichen sensorischer oder motorischer Aphasie fehlten vollkommen, und gegen die amnestische Form sprach das Verhalten bei der vorgesprochenen Benennung des gesuchten Wortes. Es handelte sich demnach um eine hysterische Pseudoaphasie. In der Affekterregung findet eine Dissoziation sonst gangbarer Bahnen statt, und zwar sowohl auf motorischem wie auf sensorischem Gebiet.

Buettner (28) vermochte bei einem 49 jährigen Mann mit Pseudotetania hysterica das von Schlesinger beschriebene Beinphänomen auszulösen, und zwar trat der tonische Krampf der Beinmuskulatur auf sowohl durch Ab-



beugen im Hüftgelenk des im Kniegelenk gestreckten Beines, durch Aufsetzen aus liegender Stellung bei gestreckten Beinen und Beugen des Oberkörpers im Stehen; ferner durch Druck auf die Nervenstämme und die Arteria femoralis. Da alle sonstigen Zeichen für echte Tetanie fehlten, scheint das Beinphänomen nicht als unbedingt für Tetanie pathognomonisch angesehen werden zu können.

Dubois' (57) Hysteriedefinition lautet: Als hysterisch sind zu bezeichnen mannigfaltige funktionelle Störungen, welche unter dem Einfluß wirklicher oder suggerierter Gemütsbewegungen entstehen, und welche persistieren und sich erneuern, selbst wenn die ursächlichen Momente nicht mehr gegenwärtig sind. Diese charakteristische Fixation der postemotionellen somatischen Störungen ist der Fähigkeit zuzuschreiben, den aus den Affekten entspringenden Empfindungen den Stempel der Realität aufzudrücken. Verf. wählt dafür die Bezeichnung Sinnlichkeit oder sinnliche Impressionabilität. Es ist Aufgabe der rationellen psychotherapeutischen Behandlung, die geistigen Minderwertigkeiten, die Psychasthenie, die Affektivität, Suggestibilität, den Egozentrismus und vor allem die sinnliche Impressionabilität zu beeinflussen.

Engelen (61) bringt eine übersichtliche Darstellung der uns zu Gebote stehenden Hilfsmittel zur Untersuchung simulierter und aggravierter neurasthenischer Beschwerden.

Marenholtz (123) berichtet über zwei Fälle von hysterischer Amaurose. In dem einen handelte es sich um eine 43jährige Bauersfrau, die durch eine schwere Erkrankung und seelische Erregungen stark heruntergekommen war. Im Anschluß an einen heftigen Schreck erblindete sie plötzlich auf dem linken Auge. Keine sonstigen Zeichen von Hysterie. Der zweite Fall betraf einen 18jährigen Schlosser, der an heftigen Kopfschmerzen als Residualerscheinungen eines Hitzschlages litt; während eines Gewitters bekam er einen Schreck beim Aufleuchten des Blitzes und bemerkte, daß er nichts mehr sehen konnte. Von sonstigen hysterischen Symptomen fand sich noch eine zirkumskripte Anästhesie an der Radialseite beider Handgelenke. Die Veränderungen am Augenhintergrund waren in beiden Fällen die gleichen, nur im zweiten Fall stärker ausgeprägt: die Pupillen waren blasser als normal, die Arterien verengt und die Venen erweitert, Folgen vasomotorischer Störungen, die nach wenigen Tagen verschwanden. Völlige Wiederherstellung unter Bettruhe und Suggestionsbehandlung.

Felicine-Gurwitsch (69) analysiert einen Fall von hysterischer Halluzination, bei dem als Erzeugnis einer wiederholten Halluzination ein wirklicher geistiger Neuerwerb produziert wurde, der angesichts der geringen geistigen Kultur der Kranken eine ziemlich respektable Leistung darstellte. Es erschien der Patientin mehrfach die Gestalt eines Jünglings, der ihr befahl zu lernen und sie trotz ihrer vorgerückten Jahre zwang, Lesen und Schreiben zu erlernen. Da aber die Halluzinationen fortdauerten und die Patientin weiter zum Schreiben drängten, schuf sie sich eine eigene Schriftsprache mit eigenen Buchstaben und eigenen Worten. Das Alphabet der Patientin hatte keine Ähnlichkeit mit den in der Schule gelernten (russischen) Buchstaben, überhaupt keine Ähnlichkeit mit irgendeinem bekannten Alphabet, und ihre Worte unterschieden sich schon in der Silbenzahl von den entsprechenden russischen. Verf. analysiert den Vorgang folgendermaßen: Die von Jugend auf halluzinierende Patientin strebt intensiv danach, ihr Leben neu zu gestalten. Als Fingerzeig dazu erscheint ihr das Erlernen der Schriftsprache. Da ihr aber das Erlernen der gewöhnlichen Sprache nur eine schwere Enttäuschung brachte, mußte nach etwas Neuem gesucht werden. Ihr Gehirn



arbeitet darauf los, das geringe Wissen, das sie besitzt, in etwas Neues zu verwandeln. Sie träumt von irgendwelchen Lebensregeln, die in einer anderen wunderbaren Sprache zu ihr klingen, und aus dem ihr halbbekannten Alphabet realisiert sie neue Buchstaben, neue Worte. Sie glaubt daran, daß diese Zeichen ihr den Weg zu einem neuen Leben eröffnen werden.

Als hysteroide Symptome bezeichnet **Kohnstamm** (105) hysterische Symptome dann, wenn sie bei Fällen vorkommen, deren hysterische Natur fraglich ist oder überhaupt nicht in Frage kommt. Die Aufgabe der Begriffsbestimmung der Hysterie erscheint wesentlich erleichtert, wenn man die Frage nach der Natur der hysteroiden Phänomene von der nach der Natur der Hysterie abtrennt; zumal sich die Hysterie nicht nur aus hysteroiden Zügen zusammensetzt, sondern auch aus neurasthenischen, hypochondrischen, angst- und zwangsneurotischen, melancholischen und epileptiformen Zügen. Die Hysterie ist eine Neurose. Neurosen sind Störungen im Ablauf der Nerventätigkeiten, welche dazu führen, daß eine oder mehrere Körperfunktionen sich dem zweckvollen und harmonischen Zusammenarbeiten des Organismus entziehen, ohne daß eine bekannte oder vermutete physiologische Gesetzmäßigkeit dazu zwingt. Die Neurose heißt psychogen, wenn ein bestimmter, bekannter oder ein supponierter Bewußtseinsvorgang das neurotische Geschehen veranlaßt hat und unterhält. Durchaus nicht jede psychogene Neurose ist hysterisch oder hysteroid. Sie wird es erst, wenn ihre Erscheinungen gewollt, übertrieben oder auch nur geduldet erscheinen, d. h. dann, wenn der Gesundheitswille oder das Gesundheitsgewissen defekt zu sein scheint. Die Berechtigung, eine ethische Kategorie in die Biologie und in die Pathologie einzuführen und der Funktion des Gewissens eine weit ins Unbewußte, ins Physiologische hineinreichende Geltung zuzuschreiben, begründet Verf. eingehend. Er definiert demnach als echte Hysterie jede Neurose, welche durch einen Defekt des Gesundheitsgewissens unterhalten wird.

Bianchi (16) faßt die Beobachtungen anderer Autoren kurz zusammen und berichtet über einige eigene.

Die Psychotherapie, über deren Wirksamkeit kein Zweifel mehr bestehen kann, kann man in folgende Grundsätze zusammenfassen:

1. Unterdrückung der Gewohnheiten der Krankheit, welche wie eine Beziehungs-Psychose betrachtet werden kann.
2. Entfernung der Kranken von ihrem gewöhnlichen Lebensmilieu.
3. Verwertung der Kenntnisse des psychischen Mechanismus, durch welchen die Hysterie sich äußert und evolviert. (*Audenino.*)

Aus dem Vortrag **Lucangeli**'s (116) über die Hysterie, gehalten von Prof. Morselli am dritten Kongreß der italienischen Gesellschaft für Neurologie, und der diesbezüglichen Diskussion geht hervor, daß unsere Kenntnisse über die Hysterie beschränkt bleiben werden, solange die anatomische Grundlage der Krankheit unbekannt und der Unterschied zwischen ständigen und Anfallserscheinungen, spezifischen, und den übrigen Neurosen gemeinen Charakteren unmöglich bleibt; ebenfalls muß man die Hysterie als selbständige Krankheit von den hysteroiden Symptomenkomplexen unterscheiden.

Es muß hier hervorgehoben werden, daß die Morphologie nicht imstande ist, die Frage allein zu lösen, ebensowenig als die ätiologischen Untersuchungen, welche sich bis jetzt nur auf die Feststellung der näheren Ursachen beschränkt haben, während die entfernten Momente außer acht gelassen worden sind. Letztere sind aller Wahrscheinlichkeit nach von der abstrakten Prädisposition zu den Neuro- und Psychopathien verschieden und bestehen in spezifischen, statischen oder dynamischen, induktiv nachweisbaren



Bedingungen. Der Unterschied zwischen Hysterie resp. Neurasthenie und Epilepsie als selbständigen Krankheiten und den hysterie- resp. neurasthenie- und epilepsieähnlichen Symptomenkomplexen ist unlogisch; es dürfen nur verschiedene hysterische bzw. neurasthenische oder epileptische Zustandsbilder unterschieden werden; die Bilder weisen insofern Analogien auf, als ihnen die allgemeine Prädisposition zugrunde liegt. Das Fehlen von sicheren Kenntnissen über die anatomische Grundlage der genannten Krankheiten hängt von dem Mangel unserer technischen Hilfsmittel ab und kann nicht als ihnen eigenes Merkmal gelten. Ein jeder Typus wird von den gleichen Ursachen hervorgerufen, die von allen anerkannt, wenn auch nicht gleich gedeutet sind.

Was die Epilepsie anbelangt, so besteht ihre Grundstörung in der temporären Trübung des Bewußtseins und wird von fast allen Forschern einer Intoxikation zugeschrieben, welche ihrem Wesen nach noch unbekannt ist, jedoch wahrscheinlich in der Aufhebung der gegenseitigen Ausgleichsfunktionen einiger Drüsen (Leber — Nieren) besteht. (*Audenino.*)

Der Versuch **Meyer**'s (133), aus den Verlaufsformen der Hysterie einzelne Typen herauszugreifen, führt zur Aufstellung folgender fünf Gruppen:

1. Monosymptomatische Hysterie.
2. Organhysterie.
3. Hysterie, die sich vorwiegend in Allgemeinerscheinungen äußert.
4. Anfallshysterie.
5. Schwere Hysterie mit Veränderungen des Bewußtseinslebens.

Die meisten Fälle der Gruppe 2 entstehen aus 1, ebenso 4 aus 3. Zu den schwereren Formen der Gruppe 5 kann sich zwar jede Hysterie entwickeln, jedoch zeigt Gruppe 4 dazu viel größere Neigung als 2.

Meyer (132) faßt seine Ausführungen zur Hysterietheorie folgendermaßen zusammen: Das Hysterieproblem lautet: Auf welchem Wege können greifbare körperliche Störungen (die Produkte der Hysterie) auf funktioneller Grundlage entstehen? — Der Begriff der Suggestion erweist sich als nicht ausreichend, um die Mehrzahl der Erscheinungen verständlich zu machen. Als Ersatz nimmt Meyer dynamische Störungen der Gehirntätigkeit an, die in erster Linie ihrer Natur gemäß den Vorgang der Assoziation störend beeinflussen müssen. Die Heraushebung gefühlsbetonter Momente, ausgedehnt auf bewußte wie unbewußt bleibende Teilstücke der Assoziationskomplexe, gibt den Schlüssel für ein Verständnis der Umbildung von körperlichen Erscheinungen zu Hysterieprodukten. Durch Heraushebung und assoziative Verankerung mit irgendwelchen an sich unabhängigen Vorgängen erhalten die körperlichen Symptome die Selbständigkeit und Fixierung, die sie zu Hysterieprodukten macht. So werden die körperlichen Begleiterscheinungen der Affekte zur Hauptquelle der Hysterie. Doch können irgendwelche Funktionsstörungen, die nur unbedingt wirklich erlebt sein müssen, durch Angst vor Krankheit in ähnlicher Weise fixiert werden. Damit wird die Suggestion zu einer den anderen beigeordneten Quelle der Hysterie, und den Affekten wird die ihnen gebührende Bedeutung in der Hysteriepathologie.

Die Assoziation ist ein Gehirnvorgang, der nur teilweise zu Bewußtseinsvorgängen Anlaß wird. Sie kann in alle Funktionen eingreifen, die überhaupt vom Nervensystem abhängig sind, und sie alle können dadurch ins Krankheitsbild der Hysterie hineingezogen werden. — Die Grundlage der Hysterie ist lediglich eine erhöhte Labilität, und die Krankheit geht in normale Vorgänge allenthalben über. — Auch in der Therapie ist nicht jede seelische Einwirkung eine Suggestion, und wie alle Produkte aus wirklichem Erleben stammen, so muß auch die therapeutische Beeinflussung hier anknüpfen.



Budai (27) ist der Ansicht, daß die Ermüdung des Nervensystems auf die Wirkung des Kenotoxins zurückzuführen sei, welches Toxin während der psychischen Funktion des Hirns produziert wird. Die Neurasthenie steht daher mit der Intoxikation des Kenotoxins in sehr engem Zusammenhang. Die Schlaflosigkeit der Neurastheniker stammt auch nur von Kenotoxinintoxikation her. (*Hudovernig.*)

Rankin (163) teilt in kurzen Zügen eine größere Zahl von Fällen von nervöser Dyspepsie mit, um die Unterscheidungsmerkmale dieser Erkrankung von dem Ulcus duodeni zu illustrieren. Es handelt sich bei nervöser Dyspepsie meist um Männer im mittleren Lebensalter, die schon seit Jahren an nach und nach zunehmenden dyspeptischen und nervösen Beschwerden leiden, die periodisch wiederkehren. Meist ist dabei gedrückte Stimmung, Energielosigkeit, schlechter Schlaf, Kopfschmerz und Abmagerung vorhanden, gleichzeitig mit anderen neurasthenischen Beschwerden. Rankin empfiehlt besonders psychische Behandlung neben diätetischer und physikalischer Therapie bei anfänglicher Bettruhe, wenn möglich in fremder Umgebung. (*Bendix.*)

Dennett (52) teilt Fälle kindlicher Hysterie mit, als deren Hauptmerkmale er angibt, Unempfindlichkeit der Kornea und des Pharynx, Schmerzregionen und hyperästhetische Zonen, Störungen der Motilität, entweder Paresen oder Kontrakturen, auch Krämpfe und Ticks, ferner leichte Suggestibilität und leichten Stimmungswechsel mit Angstzuständen. (*Bendix.*)

Major (121) stellt fest, daß die jugendliche Neurasthenie seltener auftritt als die jugendliche Hysterie. Die Ursache der kindlichen Neurasthenie kann ererbte Nervenschwäche, unzweckmäßige Ernährung, langdauernde Verdauungsstörungen, exzessive Masturbation, Störung des Stoffwechsels und der Blutbildung, geistige Überanstrengung in der Schule, übertriebener Sport oder sonstige körperliche Überanstrengung, ein Trauma und zu frühzeitiger, übermäßiger Alkohol- und Tabakgenuß sein. Oft empfiehlt sich die Entfernung des jugendlichen Neurasthenikers aus dem Elternhause zwecks Heilung und besserer Erziehung. (*Bendix.*)

Epilepsie, Konvulsionen, Tetanus, Eklampsie.

Ref.: Oberarzt Dr. E. Bratz-Dalldorf.

1. Achard, Ch., et Flandin, Ch., Spasme oculo-lévogyre chez une épileptique. Revue neurol. I. p. 120. **(Sitzungsbericht.)**
2. Adam, Augenveränderungen bei der Eklampsie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1582.
3. Agosti, F., I segni di lesione organica nell' epilessia. Policlin. XVIII. sez. med. No. 5. p. 220—236.
4. Derselbe, Il valore della ricerca dei „segni di lesione organica" nella diagnosi delle varie forme di epilessia. Boll. d. Soc. med. di Parma. 2. s. IV. 18—23.
5. Alaize, Pierre, Considérations sur les lésions traumatiques consécutives aux chutes chez les épileptiques et sur la prophylaxie de ces lésions. Revue neurol. 2. S. p. 305. **(Sitzungsbericht.)**
6. Alexander, D. Moore, Researches in Epilepsy. The Lancet. II. p. 1072.
7. Alexander, W., Ein ungewöhnlicher Fall von Reflexepilepsie. Berliner klin. Wochenschr. No. 46. p. 2068.
8. Alexander, William, Puerperal Convulsions, or Eclampsia, at the Liverpool Workhouse Hospital. The Lancet. I. p. 217.
9. Derselbe, Influence of Menses or Onset and Frequency of Epileptic Fits. Medical Press and Circ. Dec. 6.
10. Alford, L. B., Brown-Séquards Epilepsy in Guinea-Pigs. Boston Med. and Surg. Journ. Oct. 26.



11. Anton, G., Über die Entstehung und die operative Behandlung der Epilepsie. Psychiatrische Vorträge. (2. Serie.) Berlin. S. Karger.
12. Axtell, W. H., Acute Angulation and Flexure of the Sigmoid a Causative Factor in Epilepsy; Preliminary Report of Thirty-one Cases. Amer. Journ. of Surg. XXIV. 1910. 385—387.
13. Bahnsen, P. F., Tetanus. Am. Vet. Rev. XXXVIII. 502—510.
14. Bailey, Harold C., Shock in Eclampsia. The Amer. Journal of Obstetrics. Aug. p. 260.
15. Derselbe, Blood-Pressure Index of Eclampsia. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Nov. XIII.
16. Ballerini, G., I valori chimici e fisiochimici del siero di sangue nella eclampsia e nell'albuminuria grave e loro rapporti con alcuni dati prognostici e terapeutici della malattia. Ann. di ostet. 1910. I. 273—304.
17. Bar, P., et Commandeur, Pathogenesis and Treatment of Puerperal Eclampsia. Obstétrique. Déc.
18. Baroni, V., Sur la filtrabilité de la toxine tétanique à travers les membranes en collodion et en viscose. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 9. p. 312.
19. Baugh, Leonard D. H., Observations on Indoxyl in the Urine of Epileptics. A Preliminary Contribution on Epileptic-Metabolism. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 312.
20. Bäumler, Ausgang des im Bd. 39, p. 343 mitgeteilten Falles von Jacksonscher Epilepsie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 42. H. 5—6. p. 441. Bd. 43. H. 1—2. p. 153.
21. Begbie, F. W., A Case of Tetanus. Journ. Royal Army Med. Corps. XVI. 311—314.
22. Benn, Gottfried, Die Aetiologie der Pubertätsepilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 3. p. 330.
23. Benon, R., Crises épileptiques atypiques. Gazette des hôpitaux. No. 31. p. 464.
24. Benthin, Walther, Der Blutzuckergehalt in der Schwangerschaft, in der Geburt, im Wochenbett und bei Eklampsie. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXIX. H. 1. p. 198.
25. Bentley, J., Epilepsy. Australasian Med. Gazette. March.
26. Berndt, Fritz, Epileptische Krämpfe infolge Appendizitis. Medizin. Klinik. No. 18. p. 697.
27. Bianchini, L., Le epilessie menstruali. Il Manicomio. XXV. No. 1—2.
28. Bickenbach, A., Ein kasuistischer Beitrag zur Eklampsie ohne Krämpfe. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 47. p. 1609.
29. Binswanger, Pathogenese und Therapie der Epilepsie und Hysterie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 17—18. p. 509. 555.
30. Bloodgood, J. C., and Mc Glannan, A., Tetanus. Handb. Pract. Treat. (Musser & Kelly.) II. 601—605.
31. Bloom, J. D., Tetanus Statistics. New Orleans Med. and Surg. Journ. March.
32. Boissard, A., Le pronostic chez les éclamptiques. Rev. gén. de clin. et de thérap. XXV. 193.
33. Bolten, G. C., Over een paar vormen van epileptiforme aavallen, die niet afhankelijk zijn van genuïne epilepsie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Tweede Heft. No. 26. **55.** (II.) 921.
34. Bonnet-Laborderie, Accès éclamptiques survenus le 9e jour de suites de couches en apparence normales. Journ. des Sc. méd. de Lille. I. 265—269.
35. Bornstein, Arthur, Untersuchungen über die Atmung der Geistes- und Nervenkranken. IV. Teil. Die Erregbarkeit der Atemzentrums, besonders bei Epileptikern. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 5. p. 367.
36. Bosquette, Tétanos céphalique avec trismus et dysphagie, chez un vieillard de 73 ans mort, autopsie. Dauphiné méd. 1910. XXXIV. 259—262.
37. Bovis, R. de, Les mères éclamptiques doivent-elles nourrir leur nouveau-nés? La Semaine médicale. No. 10. p. 112.
38. Bratz, Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 1—2. p. 45. 162.
39. Brettauer, Postoperative Tetanus. The Amer. Journ. of Obstetrics. 1912. Febr. p. 304. **(Sitzungsbericht.)**
40. Briand, Marcel, De la mort par suffocation chez les épileptiques. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 868. **(Sitzungsbericht.)**
41. Derselbe, Du danger pour les épileptiques de s'endromir dans le décubitus abdominal. Considérations médico-légales. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 373. **(Sitzungsbericht.)**
42. Brown, H. B., A Case of Epilepsy Complicating Mastoiditis. Ann. of Otol. XX. 211.
43. Buschman, H., Eclampsia Ten Days After Delivery. Lancet-Clinic. July. 15.
44. Clammaert, C. A., Über das Vorkommen von Schmerzen und Hautjucken während der Schwangerschaft und deren Bedeutung in Verbindung mit der Eklampsie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55.** (I.) 768.



45. Cammaert, C. A., Abnorme Stoffwechselprodukte, aus den Nieren herstammend, die Ursache der Uraemie und der Schwangerschaftseklampsie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55. (2.)** 857.
46. Ceelen, W., Eklampsie kombiniert mit akuter gelber Leberatrophie. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 405—418.
47. Chalier, J., et Juilhe, De l'épilepsie consécutive à la fièvre typhoïde. La Presse médicale. No. 78. p. 777.
48. Chartier, Epilepsie avec bradycardie paroxystique, d'origine cérébrale. Revue neurol. I. S. p. 279. **(Sitzungsbericht.)**
49. Charvet, Alcoolisme, épilepsie tardive, tumeur du cardia et sténoses intestinales multiples. Lyon médical. T. CXVII. No. 36. p. 485. **(Sitzungsbericht.)**
50. Clark, J. Clement, Care and Treatment of the Epileptic Insane. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 64.
51. Collins, M. A., Causes of Sudden Death in Epilepsy, and Some Points in the Treatment of Epilepsy. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 635.
52. Consiglio, Die Mortalität der Epileptiker. Neurol. Centralbl. p. 1082. **(Sitzungsbericht.)**
53. Coriat, Isador H., Epileptic Equivalents. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 35.
54. Cramer, Der gegenwärtige Stand der Epilepsiefrage. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1676.
55. Cramp, W. C., A Case of Cerebral Hemorrhage Complicating Epilepsy with Rupture of Posterior Branch of the Middle Meningeal Artery. New York State Journ. of Medicine. July.
56. Crouzel, E., A propos d'une réaction de l'urine dans l'épilepsie essentielle. Journ. de méd. de Bordeaux. 1910. XL. 804.
57. Daels, F., Over diazo-reaktie bij eklampsie. Geneesk. Tijdschr. v. België. II. 8—11.
58. Damaye, Henri, Etude d'une épileptique en état d'obnubilation prédémentielle. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 6. p. 238—242.
59. Derselbe, L'épilepsie, ses lésions méningo-corticales, obnubilation intellectuelle et démence. Echo médical du Nord. 10. Juillet. 1910.
60. Derselbe et Desruelles, Maurice, Péritonite pneumococcique à évolution latente chez une épileptique obnubilée. ibidem. 1909. p. 113.
61. Daubert, Joseph, Eklampsiefälle der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen. Inaug.-Dissert. Erlangen.
62. Daunic, Emphysème souscutané au cours d'une crise d'épilepsie. Arch. méd. de Toulouse. 1910. XVII. 488—492.
63. Davenport, Charles B., and Weeks, David F., A First Study of Inheritance of Epilepsy. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. No. 11. p. 641.
64. Davis, Edward P., and Foulkrod, The Etiology of Eclampsia. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 1. p. 11.
65. Dienst, Arthur, Die ätiologische Bedeutung der weissen Blutkörperchen für die Schwangerschaftsniere und die Eklampsie. Arch. f. Gynaekol. Bd. 90. H. 3.
66. Derselbe, Zur Aetiologie der Eklampsie. Vorläufige Mitteilung. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 11. p. 433.
67. Dillon M., Eclampsia. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Aug.
68. Drennan, Jennie D., The Abstraction of Calcium Salts from the Mothers Blood by the Fetus the Cause of Puerperal Eclampsia in the Former. The Amer. Journ. of Obstetrics. April. p. 653.
69. Drewry, William Francis, The Utility of Organization. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 1.
70. Dserschinsky, W., Koshewnikowsche Epilepsia corticalis s. partialis continua. Korsakowsches Journal f. Neuropath. (russ.) **11.** 40.
71. Ducosté, Maurice, Erections comme équivalent épileptique. Revue de Psychiatrie. T. XV. p. 183—185.
72. Dufourt, E., La question des convulsions dans le coma diabétique. La Province médicale. No. 20. p. 211.
73. Ebstein, E., Überfütterung und Krämpfe. Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. III. H. 3. p. 209.
74. Ebstein, Wilhelm, Die Epilepsie und andere Krampfformen in ihren ätiologischen Beziehungen zu den Erkrankungen der Verdauungsorgane. Dtsch. Archiv f. Klin. Medizin. Bd. 103. H. 5—6. p. 463.
75. Einhorn, Rosa, Bericht über 30 Tetanusfälle. Inaug.-Dissert. Strassburg.
76. Eiselt, Josef, Ein tötlicher Unfall infolge Tetanus traumaticus nach Eindringen eines Holzspahnes unter den Nagel des rechten Mittelfingers. Prager Mediz. Wochenschr. No. 8. p. 98.



77. Eisler, M. von, Tetanus-Toxin und Antitoxin. Handb. d. Techn. u. Methodik d. Immunitätsforschung. Ergzb. I. 27—41.
78. Ermakow, J., Sur l'Oligophasie postcomitiale. Contribution à l'étude d'un trouble particulier de la parole après les accès épileptiques. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 14.
79. Euzière et Delmas, J., Deux observations de puerpéralité. Puerpéralité et épilepsie. Montpellier médical. 1910. No. 3.
80. Fedden, W. F., A Clinical Lecture on Facial Tetanus. Clin. Journ. XXXVII. 356—362.
81. Federn, S., Blutdruckveränderungen bei Epileptikern. Wiener klin. Wochenschr. p. 1785. **(Sitzungsbericht.)**
82. Felländer, J., Ist die Eklampsie eine anaphylaktische Erscheinung? Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXVIII. H. 1. p. 26.
83. Feria, A. de, Contribucion al estudio de la epilepsia; etiologia y patogenia. Crón. méd.-quir. de la Habana. 1910. XXXVI. 431. 1 pl. 443. 1. pl. 462.
84. Fillassier, A., Epilepsie et alcoolisme. Revue de méd. légale. 18. 51.
85. Fink, L. G., Case of Tetanus with Two Severe Relapses at Long Intervals. Indian Med. Gazette. Sept. XLVI. No. 9.
86. Fischer, L. G., Puerperal Eclampsia with Recovery; Morphin Treatment or Accouchement forcé. Indian Med. Gazette. Nov. XLVI.
87. Fisher, E. D., Senile Epilepsy. Mercks Arch. XIII. 13—15.
88. Flächer, Tetanus nach Schrotschussverletzung der Orbita. Med. Corresp. Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 52. p. 838.
89. Fouilloux, Hémorragie dans un goitre énorme, crises épileptiformes, enucléation, guérison. Lyon médical. T. CXVII. p. 900. **(Sitzungsbericht.)**
90. Frankl, O., und Richter, J., Über Kobralyse bei Eklampsie. Gynaekolog. Rundschau. No. 7. p. 263.
91. Franz, R., Nierendekapsulation bei Eklampsie. Wiener klinische Wochenschrift. No. 13. p. 447.
92. Freund, S., Eclampsia gravidarum. Berliner klin. Wochenschr. p. 546. **(Sitzungsbericht.)**
93. Friedmann, Zur Kenntnis der gehäuften, nicht-epileptischen Absenzen im Kindesalter. Neurol. Centralbl. p. 1267. **(Sitzungsbericht.)**
94. Frink, H. W., A Case of Psychogenetic Convulsions, Simulating Epilepsy. New York Med. Journal. April 22.
95. Froment, J., et Santy, P., A propos de la question des convulsions acétonémiques. Revue de Médecine. No. 10. p. 289.
96. Galcerań Gaspar, A., Tetanos generalizado a frigore. Med. de los niños. 1910. XI. 359—361.
97. Derselbe, Letargia epileptica. Arch. de ginecop. XXXIII. 1910. 303—315.
98. Gallus, Die allgemeinen Ursachen der Anfallshäufungen innerhalb grösserer Gruppen von Kranken. (Statistisch untersucht.) Epilepsia. Vol. 3. No. 1. p. 46.
99. Garnett, G. H., The Deviation of Complement in Cases of So-called Idiopathic Epilepsy. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 676.
100. Gassiot, Sur un cas d'Epilepsie jacksonienne. Toulouse médicale. 1910. p. 431.
101. Gaugele, Über Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 16. p. 568.
102. George, Arial W., Observations on the Use of the Roentgen Ray in Cases of Epilepsy. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 127.
103. Gerlach, Walther, Über die Ursachen der Pubertätsepilepsie. Inaug.-Dissert. Berlin.
104. Gist, W. L., Tetanus and its Relation to Fourth-of-July Accidents. Medical Herald. June.
105. Glaser, Fall von traumatischer Epilepsie. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 433. **(Sitzungsbericht.)**
106. Gonzalez Palma J., Breves consideraciones acerca de la epilepsia. Bol. de cien. med. I. 5C4.
107. Goodall, James R., Should Eclamptic Mothers Nurse Their New-born? The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 11.
108. Gorn, Walter, Die historische Behandlung der Frage nach der Lokalisation der genuinen Epilepsie. Inaug.-Dissert. Leipzig.
109. Gould, G. M., Epilepsy, the Neuropathic Diasthesis and Heredity. Buffalo Med. Journal. Jan.
110. Grant, J. Dundas, Residua of Suppurative Otitis; Frequent Epileptiform Attacks wich Ceased after Ossiculectomy; Labyrinthine Tests. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 2. Otological Section. p. 33.
111. Derselbe, Case of Former Chronic Suppuration with Epileptiform Attacks. ibidem. Vol. V. No. 1. Otological Section. p. 22.



112. Greck, C. de, Fünf Fälle von Tetanus und ein Fall von „Pseudotetanus". Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 24. p. 737.
113. Griffin, Edwin A., A Case of Multiple Pregnancy with Eclampsia. Medical Record. Vol. 79. No. 8. p. 342.
113a. Griffith, A. H., Hereditary Factors in Epileptics. Rev. of Neurol. **9.** 546.
114. Guggisberg, H., Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung zwischen Anaphylaxie und Eklampsie. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Originale. Bd. XI. H. 1. p. 111.
115. Gussakow, L., Zur Symptomatologie und Diagnostik der Eklampsie (Eklampsie ohne Krämpfe.) Zentralbl. f. Gynaekol. No. 21. p. 781.
116. Halthard, H., Ueber den lokalen Tetanus beim Menschen. Inaug.-Dissert. Bern. 1910.
117. Hancock, J., A Case of Puerperal Eclampsia. Kentucky Med. Journ. Febr. 15.
118. Heinrich, Rudolf, Beiträge zur Diagnose und Therapie der genuinen Epilepsie. Epilepsia. Vol. 2. No. 3. p. 228.
119. Heller, Fritz, Ueber Pathologie und Therapie der Epilepsie im Altertum. Janus. Sept. p. 589—605.
120. Heller, Theodor, Über einen Fall von epileptischer Sprachstörung. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 2. p. 150.
121. Henkel, M., Ein Überblick über den modernen Stand der Eklampsiefrage. **(Referat.)** Korresp. Blatt d. allg. ärztl. Ver. in Thüringen. No. 1. p. 9.
122. Herring, A. P., Report of the Condition of Epileptics in Maryland. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 11.
123. Herring, W. C., Case of Epilepsy. Post-Graduate. XXVI. 294.
124. Hill, E. W., Tetanus. Arch. of Internal Medicine. Vol. 8. No. 6. p. 747.
125. Hirschberg, A., Die Ueberempfindlichkeitserscheinungen in der Schwangerschaft. Berliner klin. Wochenschr. No. 15. p. 672.
126. Hüffel, Adolf, Über Pathologie und Therapie der Eklampsie. **Sammelreferat.** Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 33. H. 2. p. 199.
127. Hunt, Edward Livingston, Epilepsy and the Epileptic Temperament. Medical Record. Vol. 80. No. 6. p. 261.
128. Jackson, F. H., Pregnancy Complicated by Eclampsia and Fibroid of Uterus. Journ. of Maine Med. Assoc. Aug.
129. Jardine, R., and Teacher, J. H., Two Cases of Symmetrical Necrosis of the Cortex of Kidneys Associated with Puerperal Eclampsia and Suppression of Urine. Journ. of Pathol. and Bacteriol. XV. 137—146.
130. Jarzew, A. J., Ueber die Pathogenese der Eklampsie. Versuch einer mechanischen Theorie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 49. p. 1660.
131. Jellett, H., Eclampsia: Puerperal Septicemia. Medical Press and Circular. April 26.
132. Jenckel, Fall von Jacksonscher Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2140. **(Sitzungsbericht.)**
133. Jess, Adolf, Infektion einer Schrotschussverletzung der Orbita mit Tetanusbazillen ohne Ausbruch des Tetanus. Arch. f. Augenheilk. Bd. LXX. H. 1. p. 42.
134. Jödicke, Fall von „willkürlicher Epilepsie". Neurol. Centralbl. p. 518. **(Sitzungsbericht.)**
135. Johnston, George, Epileptic Fits. The Practitioner. Vol. LXXXVII. No. 4. Oct. p. 577.
136. Johnstone, R. W., Eclampsia Originating in the Puerperium. Edinburgh Med. Journ. N. S. Vol. VI. No. 6. p. 591.
137. Jonescu, G. A., Un caz médico-légal de tetanus traumatic, acut, precoce. Spitalul. 1910. XXX. 453—462.
138. Josué, Des crises épileptiformes et syncopales dans le pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire complète. Gaz. des hopit. p. 1270. **(Sitzungsbericht.)**
139. Juarros, C., Bases para el diagnóstico de la epilepsia esencial. Rev. de san. mil. 3. s. I. 352—356.
140. Keen, M. E., Tetanus Following Accidental Injuries. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1851. **(Sitzungsbericht.)**
141. Kennedy, A. E., Cooper, A. V., Guild, F. W., Genealogical Trees of Epileptic Families. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 133.
142. Kimbell, H. J. S., Antepartum Hemorrhage Followed by Threatened Eclampsia. Med. Press and Circular. Sept. 27.
143. Kirkbride, Franklin, Letchworth Villaye. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 15.
144. Kintzing, P., Tetanus: Seven Cases with Recoveries. New York Med. Journ. Dec. 23.
145. Knüpffer, A., Über puerperale Eklampsie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 5. p. 55.
146. Kosmak, Geo W., Report on Four Cases of Eclampsia with Remarks on their Treatment. The Amer. Journ. of Obstetrics. April. p. 633.



147. **Krösing**, Elisabeth, Das Fibrinogen im Blute von normalen Graviden, Wöchnerinnen und Eklamptischen. Archiv f. Gynaekol. Bd. 94. H. 2. p. 317.
148. **Krüger**, Max, Über Tetanus mit lokalisiertem Spasmen. Inaug.-Dissert. Kiel.
149. **Kutzinski**, Fall von Gehirn-Blutung (Encephalomalacie?) nach Eklampsie. Berliner klin. Wochenschr. p. 451. **(Sitzungsbericht.)**
150. **Landouzy**, Crises épileptiformes chez un tuberculeux. Journ. de méd. et Chir. pratiques. 1910. T. LXXXI. No. 17. p. 646.
151. **Laquer**, Leop., Beitrag zur Lehre von den epileptoiden Erstickungskrämpfen. Neurolog. Centralbl. No. 5. p. 235.
152. **Latapie et Cier**, Aura psychique dans l'épilepsie suivie de réactions automatiques. Gaz. méd. de Nantes. No 11. p. 201—205.
153. **Látrányi**, Alexander, Das Verhältnis der Epilepsie zu den Uraten. Heilung der Epilepsie. Pester mediz. Chir. Presse. No. 1. p. 4. (cf. Jahrg. XIV. p. 787.)
154. **Laubenheimer**, K., und **Caan**, A., Ueber eine Tetanusinfektion nach subkutaner Einverleibung von Radiolkarbenzym. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 17. p. 904.
155. **Leber**, O. H. Puerperal Eclampsia Coming on One Week post partum. St. Lukes Hosp. Med. and Surg. II. 135—138.
156. **Leeper**, Note on Hereditary Insanity from a Practical Standpoint. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 628.
157. **Lépine**, Jean, L'épilepsie psychasthénique. Les crises. Revue de Médecine. No. 10. p. 437.
158. Derselbe, L'épilepsie psychasthénique. II. Les raptus. ibidem. No. 11. p. 813.
159. **Lichtenstein**, Zur Klinik, Therapie und Aetiologie der Eklampsie nach einer neuen Statistik bearbeitet auf Grund von 400 Fällen. Archiv f. Gynaekol. Bd. 95. H. 1. p. 183.
160. Derselbe, Zur Eklampsiestatistik. Entgegnung auf Rossas gleichnamigen Artikel. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 49. p. 1657.
161. **Llamas**, R., A Case of Tetanus from „fuentes". Bull. Manila Med. Soc. III. 6.
162. **Lockemann**, G., und **Thies**, J., Zur Klärung der Eklampsiefrage. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXIX. H. 1. p. 194.
163. **Loewe**, Siegfried, Untersuchungen über die Harnkolloide von Epileptikern und Geisteskranken. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. VII. H. 1. p. 73.
164. **Loewe**, L., Ergänzung zu der Arbeit: Untersuchungen über die Harnkolloide von Epileptikern und Geisteskranken. Diese Zeitschr. 7. 93. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VII. H. 2. p. 218.
165. **Maciesza**, Adolf, Meerschweinchenepilepsie nach Resektion des Fusses oder nach Exartikulation aller Zehen eines Hinterbeines. Folia-neuro-biologica. Bd. V. No. 10. p. 1025.
166. **Mack**, E. A., The Energencies of Hemorrhage and Eclampsia. Western Med. Review. Jan.
167. **Madia**, E., Epilessia psichica con delirio allucinatorio. (Atti disordinati e violenti; riforma; proposta d'internamento in un manicomio). Ann. di med. nav. XVI. 69—81.
168. **Maeder**, A., Eine seltene Triebhandlung in einem Falle von psychischer Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 2. p. 178.
169. **Maguire**, K., A Case of Eclampsia. Med. Press and Circular. Febr. 8.
170. **Mairet**, Colère paroxystique et épilepsie psychique. Revue de Médecine. No. 10. p. 508.
171. **Mann**, H. C., Epilepsy in Children; a Review of One Hundred Cases. Guys Hosp. Gaz. XXV. 95. 107.
172. **Marchand**, L., De la mort au cours de l'accès épileptique. Gazette des hôpitaux. No. 1. p. 5.
173. Derselbe et **Petit**, G., Etat de mal épileptique chez un enfant de cinq jours, mêre atteinte d'imbécillité et d'épilepsie. Considérations pathogéniques. ibidem. No. 90. p. 1339.
174. **Margaria**, G., Contributo allo studio delle paralisi transitorie postepileptiche. Ann. di freniat. 1910. XX. 273—278.
175. **Markus**, Nathan, Gleichzeitige Entwicklung eines Melanosarcoma ovarii und Carcinoma hepatis in der Schwangerschaft. Eklampsie. Plazentarmetastase. Inaug.-Dissert. Breslau.
176. **Martin**, Ed., Die mammäre Theorie über die Entstehung des Eklampsiegiftes. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 2. p. 54.
177. **Matthes**, Fall von Jacksonscher Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2249. **(Sitzungsbericht.)**
178. **Mattirolo**, Gustavo, Contributo alla conoscenza dei dolori di origine centrale. Riforma Medica. XXVIII. No. 31.
179. **Mendez**, Julio, Patogenia y tratamiento de la epilepsia; ataque epileptico y choc anafiláctico. Rev. frenopát. españ. 1910. VIII. 353—356.



180. Meyer, Max, Zur Frage der Toxizität des Epileptikerblutes. Neurol. Centralbl. p. 765. (Sitzungsbericht.)
181. Miller, G. Brown, Epilepsy and Pregnancy. Medical Record. Vol. 80. p. 803. (Sitzungsbericht.)
182. Mohr, L., und Freund, R., Ueber die Rolle der Oelsäure bei der Eklampsie. Erwiderung auf die Arbeiten von Polano und v. Graff. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. XXXIII. H. 6. p. 757.
183. Mörchen, Friedr., Epileptische Abortivanfälle ohne Bewusstseinsstörung. Klin.-therap. Wochenschr No. 8. p. 193.
184. Morrison, R. H., Eclampsia. Australian Med. Journal. Nov. 25.
185. Morselli, E., Mogigrafia ed epilessia jaksoniana. Boll. delle cliniche. No. 3. p. 108. u. Riforma medica. Febr.
186. Derselbe, Concetti odierni sulla patogenesi dell' epilessia. Gazz. medica lombarda. No. 20. p. 191.
187. Mosher, G. C., Recent Studies in Eclampsia. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Aug.
188. Mouisset, F., Nové-Josserand, L., and Bouchut, Une observation d'épilepsie tardive avec autopsie. Revue de Médecine. No. 12. p. 841.
189. Müller-Schürch, E. Herm., Der Alkoholismus als Ursache der Epilepsie. Epilepsia. Bd. II. No. 4. p. 333.
190. Munson, J. F., Some Considerations Concerning Epilepsy. Long Island Med. Journ. Nov.
191. Derselbe, The Role of Heredity and Other Factors in the Production of Traumatic Epilepsia. Epilepsia. Bd. II. No. 4. p. 343.
192. Murray, H. Leith, Puerperal Eclampsia: A Comparision with Venom Poisoning and a Suggestion for Treatment Following thereform. The Brit. Med. Journ. I. p. 185.
193. Naamé, Pathogénie et traitement de l'épilepsie. Eclampsie et urémie. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXI. No. 23. p. 904.
194. Nieuwenhuyse, P., De leucocytosa na epileptische toevalien. Psych. en neurol. Bladen. XV. 152—163.
195. Nisticò, G., Decubito acuto dopo un accesso epilettico. Policlin. 1910. XVII. sez. prat. 334—336.
196. Nixon, J. Hobart, The Occurrence of Eclampsia in Two Successive Pregnancies. The Lancet. II. p. 501.
197. Olivier, M., et Boidard, M., Deux cas d'hyperthermie chez des épileptiques. Revue de Psychiatrie. 1910. T. XIV. No 9. p. 362.
198. Pactet, Syndrome paralytique au cours de l'épilepsie. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 35.
199. Derselbe, Un cas de diagnostic difficile de l'épilepsie. Revue de Psychiatrie. p. 84. (Sitzungsbericht.)
199a. Padovani, E., I preparati vegetali nell' uno sintomatico dell'epilessia. Ricerche sull'Acaduzina. Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Jahrgang 38. Fessara.
200. Pancoast, Henry K., Dental Defects as a Cause of Epilepsy. Medical Record. Vol. 80. p. 947. (Sitzungsbericht.)
201. Pappenheim, M., Zur Epilepsiefrage. Wiener mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2650.
202. Paravicini, G., Le bolle di retrazione nel cervelletto degli epilettici. Ann. di freniat. 1910. XX. 214—223.
203. Pélissier, F., De myoclonies épileptiques. Thèse de Montpellier.
204. Petit, Nouveau cas de mort par suffucation chez un épileptique. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 324. (Sitzungsbericht.)
205. Petroni, G., Su di un caso di epilessia psichica in soggetto nefritico. Note e riv. di psichiat. 1910. 3. s. III. 317—327.
206. Pincus, Willi, Tetanus nach perforierender Augapfel-Verletzung mit Zurückbleiben eines Fremdkörpers. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Dez. p. 353.
206a. Pini, O., Ricerche sull'acido glicuronico negli epilettici. Il Manicomio. Bd. XIII. Nuovo Inferiore.
207. Polet, Th. W., Bijdrage tot de symptomatologie der epileptische Bewustzijnsstoornissen. Dissertation. Utrecht. Delft. J. Waltman jr.
208. Porter, C. A., and Richardson, O., Two Cases of „Rusty Nail" Tetanus, with Tetanus Bacilli in the Inguinal Glands. Pub. Mass. Gen. Hosp. 1910. III. 298—307.
209. Poulain, J., Encéphalite subaiguë hyperplasique déterminant des attaques d'épilepsie jacksonienne. Journ. d. Sc. méd. de Lille. 1910. II. 606—610.
210. Prentiss, D. W., Eclampsia. Report of a Case. The Amer. Journ. of Obstetrics. Aug. p. 254.
211. Pritchard, E., Causes of Convulsions in Infancy and Childhood. Clinical Journal. Nov. 22.



212. Pritchard, William H., Report from Ohio. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. Vol. VII. 1910. p. 20.
213. Proescher, F., Resistance of the Street Virus to Antiformin. New York Med. Journ. July. 29.
214. Radcliffe, S., Alcohol in Relation to Epilepsy. Womans Med. Journal. May.
215. Reddy, H. L., Eclampsia. Canadian Med. Assoc. Journ. Nov. 1.
216. Redlich, Tetanie und Epilepsie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XXX. H. 6. p. 439.
217. Remond, A., et Fontaine, L., Impulsions et délire conscients et mnésiques chez les épileptiques. Arch. d'Anthropol. crim. T. 26. p. 481.
218. Rendu, Syndrome de Jackson. Lyon médical. 1912. Vol. CXVIII. p. 84. **(Sitzungsbericht.)**
219. Ricketts, H. T., Concerning the Possibility of an Antibody for the Tetanophile Receptor of Erythrocytes; A Receptor Study. In: Ricketts H. T. Contrib. to Med. Sc. 254—265.
220. Rivière, M., Un cas de luxation de l'épaule consécutive à des crises d'éclampsie. Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux. 1910. XXXI. 535.
221. Roberts, C. Hubert, On Eclampsia Complicating Labour in a Girl Aged 12: Recovery of Mother and Child. Brit. Med. Journal. II. p. 981. **(Sitzungsbericht.)**
222. Rome, R., Existe-t-il une épilepsie esentielle? Revue de Médecine. No. 10. p. 741.
223. Roojen, P. H. van, Een geval van epilepsia traumatica, veroorzaakt door pachymeningitis ossificans. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. 711—716.
224. Rossa, Zur Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 43. p. 1508.
225. Rowan, W. H., Uncinariasis a Factor in Purperal Eclampsia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1609. **(Sitzungsbericht.)**
226. Ruata, G., Su l'acesso epilettico e l'equivalente onirico. Giorn. di psich. clin. e. tecn. manic. XXXVII. fasc. 4.
227. Rubeschka, Epilepsie und Schwangerschaft. Casop. lék. cesk. No. 8.
228. Salus, R., Über Augenmuskelstörungen bei Tetanus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. März. p. 322.
229. Santi, Emilio, Zu Sellheims Mitteilung: Die mammäre Theorie über Entstehung des Eklampsiegiftes. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 2. p. 55.
230. Schmid, Hans Hermann, Eklampsie ohne Krämpfe und ohne Bewusstlosigkeit. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXIX. H. 1. p. 143.
231. Semple, D., Quinin Without Tetanus and Some Remarks on Tetanus and Quinin. Indian Med. Gazette. Dec.
232. Seppilli und Agostini, Epilepsie und Alkoholismus. Neurol. Centralbl. p. 1079. **(Sitzungsbericht.)**
233. Shanahan, W. T., Epilepsy. Mod. Treatment (Hare). II. 627—629.
234. Derselbe, Tetanus. ibidem. (Hare.) II. 649—652.
235. Derselbe, Case of Epileptics in Separate Institutions. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. Vol. VII. 1910. p. 57.
236. Derselbe, Diagnosis and Treatment of Some Special Conditions Seen in Epileptics. Journ. of Med. Soc. of New Jersey. Nov.
237. Derselbe, Diagnosis and Treatment of Epilepsy. New York State Journ. of Medicine. Nov.
238. Short, A. R., Report on Twenty-six Cases of Tetanus at the Bristol Royal Infirmary. Stethoscope. XIV. 13—15.
239. Siegert, Krämpfe im frühen Kindesalter. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2476. **(Sitzungsbericht.)**
240. Sissingh, Epilepsie. Med. Weekbl. XVIII. 2—6, 14. u. Psych. en neurol. Bladen. 15. 193. **(Sitzungsbericht).**
241. Sitzenfrey, Anton, Eklampsie im sechsten Schwangerschaftsmonat bei Blasenmole ohne Foetus. Entstehung einer scheinbaren Eihöhle durch hydropische Degeneration eines grösseren Zottenstammes. Centralbl. f. Gynaekol. No. 9. p. 343.
242. Skoog, A. L., Focal Epilepsy. Surgery, Gynecol. and Obstetrics. Dez.
243. Slaviero, Gherardo, Sopra un caso di epilessia insorta nell' epoca climacterica. Il Morgagni. Parte I. (Archivio.) No. 7. p. 274.
244. Smith, F. A., Quinin without Tetanus. Indian Med. Gazette. Sept. XLVI.
245. Soukhanoff, S., Du caractère épileptique. Revue de Psychiatrie. 1910. T. XIV. No. 6. p. 221.
246. Soutzo (fils), Sur une forme d'épilepsie convulsive, permanente en fonction directe de l'alcoolisme chronique. L'épilepsie alcoolique consitutionnelle. Ann. méd.-psychol. 9. S. Vol. 14. Nov./Dez. p. 383.
247. Stallmann, Über affektepileptische Anfälle bei Psychopathen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 6. p. 799.



248. Steiner, G., Ueber die Beziehungen der Epilepsie zur Linkshändigkeit. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 30. H. 2. p. 119.
249. Sterling, W., Ein Fall von Hemispasmus facialis alternans mit symptomatischer Epilepsie bei Arteriosclerose der Gehirngefässe. Neurologje Polske. Bd. II. H. 3.
250. Derselbe, Ueber einen seltenen Fall von Epilepsie mit paralytischer Aura. ibidem. Bd. II. H. 4.
251. Stevens, T. G., Eclampsia. Clinical Journal. Sept. 27.
252. Stoeltzner, W., Fazialisphänomen und eklamptischer Anfall. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73. 3. F. Bd. 23. H. 6. p. 727.
253. Strina, F., Alterazioni anatomo-patologiche del fegato, dei reni e dei polmoni nelle eclamptiche. Ann. di ostet. I. 399—451.
254. Strother, L. T., Case of Eclampsia and Treatment. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. Nov.
255. Suchow, A., Zur Frage der Koshewnikoffschen Epilepsie (Fall von Koshewnikoffscher Epilepsie). Obosr. psych. H. 5. u. Revue f. Psych. (russ.) **16.** 275.
256. Derselbe, Zur Frage der Registrierung von epileptischen Anfällen. ibidem. (russ.) **16.** 100.
257. Sweringen, G. Van, Toxemia of Pregnancy. Journ. of Indiana State Med. Assoc. Nov. 15.
258. Taft, A. E., Lesions of the Major Trunk Viscera in Epileptics. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 78.
259. Tassinari, S., e Muggia, A., Sulla profilassi dell'eclampsia. Boll. d. Sc. med. di Bologna. 8. s. XI. 15—23.
260. Thiroloix et Bretonville, Paul, Epilepsie pleurale. Etude expérimentale de la sensibilité de la plèvre au froid. Gaz. des hôpitaux. p. 212. **(Sitzungsbericht.)**
261. Thomsen, O., und Leschly, W., En Undersøgelse af Blinde, Døvstumme og Epileptikere i Danmark ved Hjaelp af Wassermanns Reaktion. Hospitalstidende. LIV. No. 12.
262. Tinel, J., et Cain, André, Secousses myocloniques du membre inférieur, équivalent jacksonien au cours d'une monoplégie corticale. Revue neurol. 2. S. p. 799. **(Sitzungsbericht.)**
263. Turtle, G. de B., A Case of Eclampsia. The Lancet. II. p. 755.
264. Tweedy, Hastings, The Cause and Cure of Eclampsia. Brit. Med. Journal. II. p. 990. **(Sitzungsbericht.)**
265. Valle, V., Su di un caso di tetano per ferita d'arma da fuoco. Ann. di med. nav. 1910. XVI. 158—164.
266. Vedrani, A., Gli accessi affettivo-epilettici dei neuropati e psicopati secondo Bratz. Quaderni di psichiat. I. 1—11.
267. Vigevani, G., Amaurosi tossica in epilettico. Bolletino delle cliniche. No. 10. p. 433.
268. Volland, Bericht über vier Fälle mit der Kombination Epilepsie-Paramyoclonus multiplex. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VII. H. 2. p. 180.
269. Weeks, David Fairchild, An Outbreak of Diphtheria with the Methods Used by Restrict its Spread. Transact. of the National Assoc. for the Study of Epilepsy. 1910. Vol. VII. p. 117.
270. Welz, W. E., Blood-Pressure in Eclampsia. Journ. of Michigan State Med. Soc. Oct.
271. Williams, M., Two Cases of Tetanus. Australian Med. Journ. Oct. 14.
272. Williams, U. V., Puerperal Eclampsia. Kentucky Med. Journal. Febr. 1.
273. Wolfe, Salomon, The Blank Cartridge and Other Amusement Explosives in the Etiology of Tetanus. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. p. 506. **(Sitzungsbericht.)**
274. Wolff-Eisner, A., Ueber Eklampsie. Berliner klin. Wochenschr. No. 45. p. 2024.
275. Wolffenstein, Walter, Über die Epilepsie der Pubertätszeit. Inaug.-Dissert. Leipzig.
276. Wylder, M. K., A Case of Traumatic Jacksonian Epilepsy. New Mexico Med. Journal. Febr.
277. Young, G. A., Epileptic Equivalent. Canada Lancet. XLIV. 413—417.
278. Zandt, J. L. Van, Puerperal Convulsions. Texas State Journ. of Med. Dec.
279. Zangemeister, W., Beitrag zur Auffassung und Behandlung der Eklampsie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 41. p. 1879.
280. Zarza, J., Tétanos cefálico, curación. Gac. méd. de Norte. 1910. XVI. 269—271.
281. Zinke, E. Gustav, A Brief Analysis of Ninety Cases of Puerperal Eclampsia and a Critical Review of the Treatment of this Disease. The Amer. Journ. of Obstetrics. Febr. p. 217.
282. Zschokke, E., Ein epileptischer Anfall beim Pferde. Schweizer Arch. f. Tierheilk. **6.** 229—230.



Epilepsie.

Die **Steiner**'schen (248) Untersuchungen über die Beziehungen der Linkshändigkeit zur Epilepsie verdienen die Beachtung der Ärzte der Epileptikeranstalten und eingehende Nachprüfung. Steiner untersucht nicht nur die Epileptischen, sondern auch deren Eltern und Geschwister bezüglich ihrer Rechts- oder Linkshändigkeit. Allerdings erst, wenn die wünschenswerte Nachprüfung die Steinerschen Ergebnisse bestätigt beziehentlich näher umschrieben hat, wird es an der Zeit sein, deren grundsätzliche Bedeutung zu erörtern.

Marchand (172) zeigt in neuer sorgfältiger Zusammenstellung der Literatur, daß Todesfälle im epileptischen Anfall nicht ganz selten sind, sei es durch Herz- und Gefäßstörungen und andere extrazerebrale Ursachen, sei es durch kleinste Blutungen im Gehirn und in seinen Häuten.

In einem großen Teile beider Fälle ist die Vermehrung des Blutdrucks durch den Anfall die Veranlassung der Kongestion und der Hämorrhagien.

In einem eigenen Falle hat Marchand durch mikroskopische Untersuchung die tödlichen Blutextravasate im Hirnstamm nachgewiesen. In einem anderen Falle zeigte sich nach einem tödlich endigenden Anfalle ausgebreitete Kongestion im Großhirn und Kleinhirn und deren Häuten ohne Verletzung der Gefäßwände.

Ermakow (78) studiert das Symptom der Sprachbehinderung nach dem epileptischen Anfalle, der besonders durch eine Einengung des Sprachschatzes sich kundgibt, im ganzen den Kranken seine Sprache etwa so handhaben läßt wie eine nicht geläufige Fremdsprache. Bernstein hat dies Symptom „Oligophasie“ benannt.

Baugh (19) hat die Urine einiger Epileptiker vor und nach den Anfällen auf Indoxyl untersucht.

Bornstein (35): Bei fünf daraufhin untersuchten Epileptikern fanden sich ganz erhebliche Schwankungen in der Erregbarkeit des Atemzentrums, Schwankungen, welche die normalerweise vorkommenden ganz beträchtlich überschreiten, und zwar handelt es sich immer um eine Herabsetzung der Erregbarkeit. Diese Schwankungen stehen aber nicht in deutlich erkennbaren Beziehungen zu den epileptischen Anfällen. Sie sind eine weitere Stütze für die Binswangersche Epilepsietheorie, wonach die Natur der epileptischen Veränderung in einer ganz besonderen Form abnormer Erregbarkeitszustände der Gehirnzentren zu suchen sei, und wonach zum Zustandekommen der Konvulsion eine intensive und im Beginn der Krämpfe einsetzende Miterregung der infrakortikalen motorischen Zentralapparate (Stammganglien, Vierhügel, Brücke, Medulla oblongata) durchaus notwendig ist. Sie beweisen, daß in der Tat eine „epileptische Veränderung“ in der Medulla oblongata existiert, und daß nicht nur die kortikalen Ganglien an der epileptischen Veränderung beteiligt sind.

In der neuen Epileptikeranstalt der Grafschaft Londonhat der Direktor **Collins** (51) unter 200000 epileptischen Anfällen drei Todesfälle im Anfalle beobachtet. Zweimal waren Nahrungsteile in die Luftwege geraten, einmal trat Erstickung nachts ein (durch Liegen auf dem Mund? Ref.). In fünf Fällen waren Herz- und Aortenfehler die Ursache; einmal ein Hirntumor; einmal ist nur Hirnkongestion notiert.

Die weitschauende Arbeit **Pappenheim**'s (201), eine Wiedergabe der Einleitung zu einem im Deutschen Verein für Psychiatrie 1911 über Dysomanie gehaltenen Vortrage, umgrenzt den Krankheitsbegriff der genuinen Epilepsie. Pappenheim findet zwischen funktionellen und organischen



(Epilepsie) Nervenkrankkeiten einen qualitativen Unterschied in dem Sinne, daß bei der einen Gruppe bloß ihrem Wesen nach ausgleichbare, bei der anderen neben solchen noch Veränderungen auftreten, denen eine Tendenz zur Progression und zur dauernden Unausgleichbarkeit innewohnt.

Pappenheim steht deshalb der Aschaffenburgschen Definition skeptisch gegenüber, welche die Epilepsie bezeichnet als „das periodische Auftreten von Störungen, die bald mehr motorische Reizerscheinungen, bald mehr sensorische Lähmung von leichtester Benommenheit bis zu vollständiger Bewußtseinsaufhebung, bald endlich Stimmungsanomalien in allen möglichen Kombinationen zeigen".

Pappenheim hält der Aschaffenburgschen Lehre von der epileptischen Verstimmung entgegen, daß unter Umständen die fortgesetzten, wegen ihrer geringen Intensität gar nicht auffallenden psychischen Einflüsse des täglichen Lebens bei einer gewissen Summation eine pathologische Reaktion — z. B. eine Verstimmung — auslösen können, die dann natürlich als endogen imponieren wird, während sie in der Tat einer durch ein einzelnes bedeutendes psychisches Erlebnis hervorgerufenen „ausgelösten" pathologischen Reaktion entspricht, welche die Psychopathien so sehr charakterisiert.

Dabei macht Pappenheim darauf aufmerksam, daß auch körperliche Erscheinungen mit psychischen in ständiger Wechselwirkung stehen. Man denke nur an die Reizbarkeit vieler Menschen nach schlechtem Schlafe oder bei körperlichen Krankheiten, andererseits an apoplektische Insulte nach gemütlichen Erregungen — überhaupt an die mannigfachen Beziehungen zwischen Psyche und vasomotorischem System.

Man wird also als sichere Zeichen der Epilepsie die Kombination periodischer Störungen mit der allmählichen Entwicklung einer eigenartigen Demenz ansprechen können.

Zwei Wege — schließt Pappenheim — können uns dem Ziele einer Abgrenzung der so gefaßten Epilepsie näher bringen. Der eine ist das genaue Studium der Krampfkrankheiten in bezug auf Verlauf und Endzustände: der verblödenden, etwa charakteristische und variable Merkmale vor Eintritt der Verblödung kennen zu lernen — hier scheint noch nicht sehr viel geleistet worden zu sein —; der nicht verblödenden, um zur Abtrennung geeignete Symptome zu finden, wie es in den letzten Jahren Oppenheim und Bratz versuchten. Der zweite Weg besteht darin, Zustandsbilder bei Kranken mit Krämpfen und ohne solche systematisch zu untersuchen, die man bisher als mehr oder weniger charakteristisch für die Epilepsie angesehen hat, wie das z. B. Heilbronner in vorbildlicher Weise für die Fuguezustände unternahm.

Marchand und **Petit** (173): Einer epileptisch imbezillen Mutter wird ein Kind geboren, das in den ersten Lebenstagen gesund erscheint. Am fünften Tage beginnen Krampfanfälle, die sich bald bis zum status epilepticus häufen und am achten Tage den Tod herbeiführen. Histologisch zeigt sich diffuse Meningoenzephalitis als Ursache der Krämpfe.

Gallus (98) hat die Häufigkeit der Anfälle in bezug auf meteorologische und andere Faktoren statistisch untersucht. Es ergab sich in Übereinstimmung mit allen sorgfältigen früheren Untersuchungen, daß der Schlaf bis zu einem gewissen Grade eine Anfallshäufung bewirkt.

Eine Erklärung kann auch Gallus, trotz Heranziehung der allerverschiedensten Möglichkeiten, nicht geben.

Volland (268): Bei vier Fällen mit der klinischen Kombination Epilepsie-Myoklonie fanden sich in drei Fällen Großhirnrindenveränderungen, die nichts Charakteristisches boten und bei Epilepsie bzw. Epilepsie-Idiotie überaus häufig anzutreffen sind. Bei einem Falle war der Großhirnrinden-



befund, abgesehen von einer sehr geringen Randgliose, völlig negativ. Dagegen ließen sich in allen Fällen entsprechend der Schwere des klinischen Krankheitsbildes auf Serienschnitten des Rückenmarks und der Medulla oblongata an einzelnen Ganglienzellen der Vorderhörner und der motorischen Hirnnervenkerne karyolytische und tigrolytische Veränderungen sowie eigentümliche Beziehungen von motorischen Ganglienzellen zu Kapillaren feststellen, die als Ausdruck von Abbauvorgängen zu deuten sind. Mit Hilfe der Bielschowskischen Fibrillenfärbung zeigten sich bei allen Fällen an einer Reihe von Vorderhornganglien, deren Zahl sich nach der Schwere des klinischen Krankheitsbildes richtete, zwar die Neurofibrillen der äußersten Zellperipherie und der Zellfortsätze erhalten, im ganzen übrigen Teile der Zelle hatte jedoch die fibrilläre Struktur eine fragmentierte und körnige Umwandlung erfahren.

Es liegt nahe, daran zu denken, daß ein Abschnitt des Zentralnervensystems, in dem sich solche Abbauprozesse abspielen, in einem erhöhten Erregbarkeitszustande gegenüber sensiblen, aus der Peripherie stammenden oder von höheren Zentren ausgehenden Einflüssen sich befindet, der klinisch in den myoklonischen Symptomen zum Ausdruck kommen kann.

Es dürfte diese Vermutung mit der von Obersteiner angeführten Anschauung übereinstimmen, wonach man den motorischen Wurzelzellen — allerdings nicht ohne Widerspruch — die Fähigkeit zuschreibt, Erregungen, die ihnen von höheren Zentren oder von sensiblen Einrichtungen zugeführt werden, in einem Rhythmus von bestimmter Frequenz wieder abzugeben. Man beruft sich nach Obersteiner dabei auf die Erfahrung, daß der Muskelton unabhängig von der Frequenz und Stärke der den Zellen experimentell übermittelten Reize ein konstanter bleibt, was bekanntlich für die Reizung der peripheren motorischen Faser nicht zutrifft. Die motorischen Wurzelzellen dürften also von größter Bedeutung für die Regulierung des Muskeltons sein, der infolge ihrer Alteration bei dem Krankheitsbilde des Paramyoklonus multiplex eine so überaus schwere und in die Augen fallende Störung erlitten hat. Daß sich bei dem Krankheitsbilde der Epilepsie Abbauvorgänge in der Hirnrinde abspielen, verdanken wir bekanntlich den eingehenden Untersuchungen Alzheimers. Im Anschluß an diese Erkenntnis äußert Volland zum Schlusse die Ansicht, daß dem Krankheitsbilde der Epilepsie und der Myoklonie analoge Prozesse, nämlich Abbauvorgänge im Zentralnervensystem zugrunde liegen, bei deren zerebraler Lokalisation der epileptische, bei deren spinaler der myoklonische Symptomenkomplex in Erscheinung tritt. Es würde sich diese Vermutung mit der Gowersschen Anschauung decken, wonach die Verbindung Epilepsie-Myoklonie offenbar bedingt sei durch das Vorkommen von Veränderungen in der Hirnrinde im Verein mit solchen im Rückenmark.

Die schöne Arbeit Vollands gewinnt durch die neuen Untersuchungen Lundborgs, nach denen grade die Myoklonusepilepsie streng den Mendelschen Vererbungsgesetzen folgt, noch weiter an Interesse.

Suchow (255) gibt einen Überblick über den Stand der Epilepsia partialis continua „Koschewnikowii" und berichtet über einen einschlägigen Fall. Die klonischen Zuckungen bei seiner 18jährigen Patientin betrafen hauptsächlich die rechten Extremitäten und den rechten Fazialis und standen in unmittelbarem Einfluß von psychischen Momenten; sobald die Zuckungen intensiver wurden, nahm auch das Sprachzentrum Anteil. Eine deutlich ausgesprochene Hemiparese fehlte; Sensibilität und Muskelgefühl waren normal. Suchow spricht sich für die Lokalisation des Prozesses in der Rinde aus. (*Kron.*)



In einem Fall von Epilepsia Koschewnikowii wurden die Zentren für den Gesichtsnerv, Finger und einen Teil der Hand exzidiert. Der Erfolg der Operation war der, daß die Zuckungen der Frontalmuskeln, die klonischen Zuckungen in Form von Extension der Finger und Abduktion des Daumens, Drehungen des Kopfes und der Augen nach links geschwunden waren, während die sonstigen Zuckungen im linken Arm zugenommen hatten und solche im linken Beine auftraten. Epileptische Anfälle traten sieben Tage nach der Operation wieder auf. In den exzidierten Hirnrindenpartien fand sich eine Alteration der kleinen Rindenschicht und Degeneration der mittleren und großen Pyramidenzellen, ausgeprägte Neuronophagie, **Dserschinsky** (70) glaubt in diesem Befund das pathologisch-anatomische Substrat der Epilepsia Kosch. zu sehen. Verf. bringt ferner die Krankengeschichte eines zweiten Falles mit gleichem Leiden. (*Kron.*)

Soutzo (246) teilt Fälle konstitutioneller alkoholischer Epilepsie mit, als deren Merkmale zu bezeichnen sind zunächst das Auftreten charakteristischer epileptischer Krämpfe mit Aura, Delirien und Bewußtlosigkeit bei Potatoren, die vorher niemals Krämpfe hatten, ferner das wiederholte Auftreten der Krämpfe, solange der Abusus spirituosorum besteht und das Seltenerwerden und Aufhören der Krämpfe bei Abstinenz, und der Umstand, daß alle epileptischen Erscheinungen nur akzidenteller Natur sind und auf der Basis des chronischen Alkoholismus beruhen. (*Bendix.*)

Es handelt sich in den beiden von **Berndt** (26) mitgeteilten Fällen um das Auftreten von Krämpfen bei bis dahin krampffreien Individuen und um heftige Schmerzen in der Blinddarmgegend während der Krampfintervalle. Berndt hält das gleichzeitige Auftreten von Epilepsie und Appendizitis nicht für ein zufälliges Zusammentreffen, sondern glaubt, daß die Appendizitis Ursache der Krampfanfälle war, die als reflektorische aufzufassen seien. (*Bendix.*)

Benn (22) hat sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie sich die Epilepsie, die in den Pubertätsjahren auftritt, in bezug auf Heredität verhält auf Grund seiner Beobachtungen in der Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten. Er fand, daß die Epilepsie bei dem von ihm benutzten Material am häufigsten in der Pubertätsperiode begann und die Pubertät einen wesentlichen Anteil an der Entstehung hatte. Die Pubertätsepilepsie stellt anscheinend das größte Kontingent zur Epilepsie. In 38% aller weiblichen Anamnesen waren Beziehungen zwischen Menses und Anfällen angegeben. Bei 35 Fällen zeigte sich ein zeitlich ganz naher Zusammenhang zwischen dem 1. Anfall und dem Beginn der Menstruation. (*Bendix.*)

Benon (23) beschreibt genauer einen Fall von Krampfepilepsie, in welchem nach der Art der Anfälle eine sichere Differentialdiagnose gegen Hysterie nicht möglich war.

Leeper (156) lenkt die Aufmerksamkeit auf die verbesserungsbedürftige Armen- und Irrenfürsorge in Irland. Geisteskranke junge Mädchen kommen oft für kürzere Zeit in die Arbeitshäuser und werden die Mütter von illegitimen, erblich belasteten imbezillen, epileptischen und geisteskranken Kindern.

Alexander (6) hat eine Reihe von Untersuchungen in der Richtung auf die toxische Natur der Epilepsie angestellt, die aber alle negativ ausgefallen sind.

Maeder (168) hatte einen impotenten, psychopathischen Mann zu begutachten, welcher als sexuelles Attentat eine junge Dame mit Schokoladenbrei bespritzt hatte — zwei Tage nach Eingehung einer dritten Ehe. Maeder erklärt den Betreffenden als einen Epileptiker.



Es konnte nicht ausbleiben, daß die Technik der Serumuntersuchung, welche für die Diagnostik nud Behandlung der Infektionskrankheiten, besonders der Syphilis, so große Erfolge erzielt hat, auch auf die Rätsel der Epilepsie angewendet wurde.

Garnett (99) hat die Komplementsablenkung der Urine von Epileptikern in der Mischung mit dem von Epileptikern entnommenen Blutserum untersucht. Er machte seine Versuche an geisteskranken Epileptikern, begleitete sie aber durch Kontrollversuche an Gesunden.

Garnett will gefunden haben, daß das Serum von Epileptikern eine Substanz von der Natur eines spezifischen Antikörpers enthält.

Alexander (7): Ein in keiner Weise belasteter, bisher gesunder Mann bekommt nach einer glatt geheilten Handverletzung ohne Ursache epileptische Krämpfe, die stets mit einer sensorischen und motorischen Aura an der Handnarbe beginnen und oft durch Abschnürung des Armes kupiert werden können. Nach längerem Bestehen dieser Anfälle treten Erscheinungen im Sinne der epileptischen Veränderung auf.

Leider kann sich Patient zu der vorgeschlagenen Exstirpation der Narbe nicht entschließen, da er für die Gebrauchsfähigkeit seiner rechten Hand Befürchtungen hat. Für die Beurteilung des Falles ist diese Lücke in der Beobachtung jedoch nicht zu bedauerlich, da weder der Erfolg, noch der Mißerfolg der Operation mit Sicherheit pro oder contra Reflexepilepsie sprechen könnte: denn es sind einerseits Fälle bekannt, in denen bei zweifellos echter Reflexepilepsie die Exstirpation der Narbe nichts nutzte (Übergang in genuine Epilepsie), andererseits auch bei genuiner Epilepsie gelegentlich durch Exzision einer epileptogenen Zone Heilung eintrat.

Wenn also auch bei weiterer Operationsverweigerung für den Patienten aus der Auffassung seiner Krankheit als Reflexepilepsie kein therapeutischer Nutzen hervorgeht, so hat sie für ihn den Vorteil, daß seine Epilepsie als entschädigungspflichtige Unfallfolge angesehen wird. Theoretisch und pathogenetisch ist das lange Intervall von sechs Jahren zwischen Verletzung und Epilepsieausbruch jedenfalls von Interesse.

Damaye (58) hat einen Fall von Epilepsie in dem Stadium studiert, den er obnubilation nennt. In diesem Zustand längerdauernder, leichter geistiger Hemmung sieht man sehr häufig Mydriasis der Pupillen. An dieses Stadium der obnubilation schließt sich, wenn dasselbe nicht völlig zurückgeht, der Eintritt der Demenz an.

Damaye (59) vertritt den Standpunkt, daß die Epilepsie allein als „Neurose“ aufzufassen ist und keine anatomischen Veränderungen bedingt. Erst die Demenz geht mit unausgleichbaren Gehirnveränderungen einher. Zur Durchführung dieser scharfen Unterscheidung weist Verf. auf die Fälle von länger dauernder leichter Benommenheit (obnubilation) hin, welche leicht eine Demenz vortäuschen können, in Wirklichkeit aber noch eines Ausgleiches fähig sind.

Bäumler (20) berichtet über den Ausgang des vor 4 Jahren an dieser Stelle referierten Falles von Jacksonscher Epilepsie. Nach jener schweren, aber sehr beschränkten Gehirnerkrankung, die zu Anfällen von Jacksonscher Epilepsie Veranlassung gegeben hatte, sind nie mehr bis zum Tode, also in vier Jahren, epileptiforme Anfälle aufgetreten, und die Arbeitsfähigkeit ist in dieser Zeit nur durch verschiedene Verletzungen und durch zwei Anfälle von akutem Gelenkrheumatismus, dessen letzter zum Tode führend, zeitweise unterbrochen gewesen.

Soukhanoff (245) gibt eine Schilderung des sogenannten epileptischen Charakters und hebt hervor, daß die unangenehmen Eigenschaften desselben



um so mehr in die Erscheinung treten, je geringer die Intelligenz schon geworden ist. Hier wie sonst gegenüber Charakterfehlern kann der Verstand noch einen wohltätigen Einfluß ausüben.

Damaye und **Desruelles** (60): Bei einer benommenen Epileptischen hat sich unbemerkt eine Peritonitis entwickelt, die erst auf dem Sektionstisch entdeckt wurde.

Mouisset, Nové-Josserand und **Bouchut** (188): Die Mehrzahl der Fälle der Spätepilepsie ist organischer Natur. Tumoren, Erweichungen, Narben in den Hirnhäuten, auch außerhalb der motorischen Zone, kommen in Betracht. Eine Minderzahl der Fälle ist toxisch bedingt.

Von den Erweichungsherden machen nicht alle Epilepsie. Der Sitz der Herde hat keinen Einfluß. Verf. erhebt die Frage, ob die Natur des Herdes (thrombotischer, embolischer, entzündlicher) epileptogen wirkt. Er kommt aber doch schließlich darauf zurück, daß die Prädisposition, sei es eine erbliche, sei es eine in der Jugend erworbene, entscheidet, ob Epilepsie durch einen Herd ausgelöst wird.

Redlich (216), der uns schon eine Reihe origineller Beiträge zur Pathologie der Epilepsie geschildert hat, liefert uns auch hier eine gedankenreiche Arbeit. In den meisten Fällen der eigenen Beobachtung sowie in den 46 Fällen der Literatur handelt es sich allerdings nicht um Tetanie und Epilepsie, sondern nur um das Auftreten vereinzelter, mitunter mit dem Zessieren der Tetanie wieder verschwindender epileptischer Anfälle. Manchmal allerdings, in der Regel freilich, wenn auch die Tetanie chronisch wird, mit und ohne nachweisbare Disposition zur Epilepsie, können diese Anfälle chronisch werden und sich zweifellos zur Epilepsie mit allen ihren Konsequenzen entwickeln.

Referent muß es sich versagen, auf die besonderen, mehr den Epilepsieforscher interessierenden Ergebnisse der Arbeit einzugehen und auf das Original verweisen.

Nur die Stellungnahme Redlichs zu dem Krankheitsbilde der kindlichen Spasmophilie und ihren Beziehungen zur Epilepsie sei noch erwähnt:

Nach Redlich ist zuzugeben, daß durch die Untersuchungen von Thiemich, Birk und anderen aus der großen Zahl kindlicher Konvulsionen eine Gruppe abgesondert wurde, die nicht epileptischer Natur ist, deren Ätiologie und Pathogenese eine andere ist. Das aber, wogegen Redlich sich wendet, ist die strenge Sonderung aller Fälle kindlicher Eklampsie von der Epilepsie, trotz der klinischen Ähnlichkeiten nur wegen der elektrischen Übererregbarkeit. Denn was sonst als differentialdiagnostisch angegeben wird, reicht dazu gewiß nicht immer aus, wie z. B. der Mangel der direkten Heredität, das gehäufte Auftreten bei der Eklampsie gegenüber der Epilepsie. Wichtiger sind natürlich manifeste Erscheinungen der Tetanie (Laryngospasmus, tonische Krämpfe, Trousseau, Fazialisphänomen usw.), gehäuftes Auftreten zu gewissen Jahreszeiten.

Sicherlich aber nicht richtig sei die Angabe, daß keines der vielen spasmophilen eklamptischen Kinder epileptisch wird. Es ist nach Redlich zweifellos, daß Kinder, die an Spasmophilie, an Säuglingstetanie gelitten haben, später an Epilepsie erkranken können.

Látrányi (153) will die Harnsäurebildung bei Epileptikern vermindern und die schon abgelagerte Harnsäure eliminieren. Der ersteren Indikation — der Verminderung der Harnsäurebildung — entspricht nach der medikamentösen Wirkung das Kolchizin und die Chinasäure, der zweiten — dem Eliminieren der verringerten Harnsäurequantität — das Lithium. Folgt die Empfehlung eines neuen, diesem Gedankengange entsprechenden Epilepsiemittels.

Munson (191) macht darauf aufmerksam, daß auch bei der traumatischen Epilepsie erbliche Belastung und sonstige Faktoren eine Rolle spielen.

In 16 obduzierten Fällen fand sich viermal chronische Leptomeningitis, ferner je einmal ein Konkrement im linken Gyrus angularis, alte diffuse Pachymeningitis, Verbildungen des Schädels, Fehlen des Balkens, Tumor und Zyste des rechten Scheitellappens u. a. Nur einmal wies der Befund deutlich auf das Trauma hin, indem gerade an dessen Stelle ein chronisch-enzephalitischer Herd sich zeigte.

Taft (258): In den Vereinigten Staaten von Nordamerika besteht seit einigen Jahren eine Gesellschaft zur wissenschaftlichen Erforschung und Behandlung der Epilepsie.

Der frühere verdiente Präsident derselben, Spratling, gibt zusammen mit dem rührigen Munson jährlich die Verhandlungsberichte heraus.

Einem Berichte über 50 Epileptiker-Leichenöffnungen entnehme ich, daß in den Lungen 19 mal akute, fünfmal geheilte Tuberkulose, 21 mal Lungenentzündung, zehnmal Ödem gefunden wurde, daß nur sieben Lungen ohne Befund waren.

Kennedy, Cooper und **Guild** (141) veröffentlichen die Stammbäume einiger Epileptikerfamilien.

Die eine Familie zeichnet sich dadurch aus, daß fast bei sämtlichen Mitgliedern das linke Auge kleiner ist als das rechte. Die Großeltern waren geisteskrank.

Die Eltern geistesschwach. Sechs Kinder epileptisch, ein siebentes Normales hat ein auffallend kleines Söhnchen, das im Alter von 6 Monaten in Konvulsionen stirbt.

In der jetzt mit Recht so beliebten Form der wissenschaftlichen Abhandlung über Diagnose und Therapie der Krankheit preist **Heinrich** (118) ein neues Präparat gegen die Epilepsie an. Es ist ein auf kaltem Wege hergestelltes Baldrianinfus und enthält Bromnatrium, Phosphor in der Form des Natronsalzes der Glyzerin-Phosphorsäure, Cascara sagrada und etwas Eisen.

Davenport und **Weeks** (63) liefern einen bedeutsamen Beitrag zur Lehre von der Erblichkeit der Epilepsie. Von den Insassen der Epileptikeranstalt des Staates New Jersey zu Skillman haben sie die Familientafeln zusammengestellt, und zwar nicht durch die gewöhnliche Erhebung der Anamnese. Vielmehr haben zwei Mitarbeiterinnen die Familien der Betreffenden in ihren Heimatsorten aufgesucht und an Ort und Stelle die Gesundheitsgeschichte der gesamten lebenden und toten Verwandtschaft untersucht. 175 brauchbare Ahnentafeln wurden so erhalten. Der Untersuchung dieser Tafeln legen die Verfasser folgende Auffassung der Mendelschen Lehre zugrunde: Wenn das Soma, welches aus zwei Erzeugern zusammengeflossen ist, der nervösen Gesundheit entbehrt, so ist es klar, daß im elterlichen Keimplasma die Vertretung dieses Gesundheitscharakters fehlte. Wenn das Soma dagegen den Charakter der nervösen Gesundheit besitzt, so sind zwei Fälle bezüglich des elterlichen Keimplasmas möglich. Das bestimmende Element kommt von beiden elterlichen Seiten und ist im Keimplasma doppelt enthalten (in dem folgenden Schema = „2“), und alle Keimzellen enthalten es. Oder es kam nur von der väterlichen oder nur von der mütterlichen Seite, es ist nur einfach im Keimplasma enthalten (im Schema: = „1“). Die Hälfte der Keimzellen sind mit, die Hälfte ohne dasselbe.

Das gibt folgendes Schema der möglichen Ehen und ihrer Nachkommenschaft.



Eltern:	Nachkommenschaft:
2 + 2	alle mit doppeltem Charakter der nervösen Gesundheit.
1 + 2	50 % mit einfachem Charakter,
	50 % mit doppeltem Charakter der nervösen Gesundheit.
1 + 1	25 % ohne den Charakter,
	50 % mit einfachem Charakter,
	25 % mit doppeltem Charakter.
0 + 2	alle mit einfachem Charakter.
0 + 1	50 % mit einfachem, 50 % ohne Charakter.
0 + 0	alle ohne Charakter nervöser Gesundheit.

In weitgehender Übereinstimmung mit der Bratzschen Aufstellung eines entsprechenden „Vererbungskreises“ (Neurologisches Zentralblatt 1910) fanden die Verff., daß Epilepsie und Imbezillität bei der Vererbung gleichartig sind. Wenn beide Eltern epileptisch sind, ist die Nachkommenschaft dieselbe, als ob einer der Eltern an Imbezillität, einer an Epilepsie leidet. Die Verff. gründen auf dieses Verhalten die Hypothese, daß jede dieser beiden Krankheiten bei Abwesenheit eines Protoplasmafaktors im Keimplasma entsteht, welcher zur völligen nervösen Gesundheit erforderlich ist.

Wenn beide Eltern entweder epileptisch oder schwachsinnig sind, sind alle Kinder entweder epileptisch oder geistesschwach. Personen mit Migräne, Chorea und starker Nervosität (Psychopathie) — die beiden letzteren auch nach Bratz demselben Vererbungskreis angehörig — führen nach Davenport und Wecks einige defekte Keimzellen. Sie nennen diese Kategorie „tainted“, halbdefekte, im Gegensatz zu den „defective's“, den Epileptischen und Imbezillen. Wenn ein halbdefektes Individuum mit einem defekten sich verheiratet, ist über die Hälfte der Nachkommenschaft defekt.

Wenn ein Normaler, der den Charakter der Gesundheit nur einmal in seinem Keimplasma enthält (= 1 des Schemas), mit einem Defekten sich verheiratet, so ist die Hälfte der Nachkommenschaft normal, die andere Hälfte defekt (epileptisch, imbezill) oder neurotisch.

Wenn beide Eltern nur einmal in ihrem Keimplasma den Charakter der Gesundheit enthalten und „tainted“ sind, ist $^1/_4$ der Nachkommenschaft defekt.

Bezüglich der wichtigen Frage, ob Alkoholismus nur als Symptom einer vorhandenen Neuropathie bei der Vererbung aufzufassen ist oder direkt keimschädigend wirkt, neigen die Verff. zu letzterer Auffassung, halten aber weitere Untersuchungen erforderlich.

Um die Entstehung der Imbezillen und Epileptischen auf ein Minimum einzuschränken, schlagen die Verff. deren Hospitalisierung im zeugungsfähigen Alter vor.

Loewe (163): Es handelt sich um eine Untersuchung der Hoffmeisterschen Kolloidfraktion bei Epileptikern und Geisteskranken. Die unter Toluol aufgefangenen filtrierten Harne wurden in Pergamentschläuchen in einen zum Schütteln eingerichteten Dialysierapparat eingehängt und gewöhnlich drei Tage hindurch gegen Leitungswasser dialysiert. Der adialysable Schlauchinhalt wurde sodann im Vakuum unter 50° eingeengt.

Es wurden folgende Maßnahmen angewendet, um eine sichere Konservierung der Adialysate zu ermöglichen: Nach dem Dialysieren wurden die Lösungen im Vakuum auf ein kleines Flüssigkeitsvolumen eingeengt, dieses mit Alkohol im Überschuß versetzt, der so erzeugte Niederschlag abfiltriert, im Exsikkator getrocknet und im zugeschmolzenen Rohr aufbewahrt.



Die Ergebnisse faßt Loewe dahin zusammen:

1. Im Harne der Epileptiker findet sich eine wechselnde Vermehrung der adialysablen Substanzen von zeitweise außerordentlicher Höhe.

2. Besonders scheinen an dieser Vermehrung kolloidale phosphorhaltige Verbindungen beteiligt zu sein.

Durch Messung der kolloidalen Phosphormengen gelangt man zu wesentlich höheren Werten der organischen Phosphorausscheidungen als durch die Bestimmungsmethode der organischen Phosphorsäure im Gesamtharn.

3. Das Harnadialysat enthält im Anschluß an den epileptischen Anfall, seltener während des Dämmerzustandes, toxische Substanzen.

4. Die Giftwirkung dieser Substanzen besteht in Erscheinungen, welche zuweilen weitgehendste Ähnlichkeit mit dem epileptischen Krampfanfall besitzen.

5. Nach dem alkoholepileptischen Anfall lassen sich — bisher weniger regelmäßig — ähnliche Eigenschaften des Harnadialysates finden.

6. Eine Vermehrung des Harnadialysates findet sich ferner bei Fällen von Katatonie, Hebephrenie, progressiver Paralyse und Delirium tremens, und zwar bei der Katatonie am ausgesprochensten, bei der Paralyse bisher nur nach epileptformen Anfällen.

7. Bei den bisher geprüften Psychosen findet sich keine dieser Adialysatvermehrung entsprechende Steigerung in der Ausscheidung kolloidalen Phosphors.

8. Das Harnadialysat bei Katationie, Dementia paranoides, progressiver Paralyse und Delirium tremens besitzt eine hohe Toxizität.

9. Die Toxizität des Harnadialysates dieser Psychosen unterscheidet sich wesentlich von der des Epileptikeradialysates. Seine Wirkung äußert sich nie in epileptiformen Erscheinungen.

Heller (120): Ein achtjähriger Knabe leidet seit seinem 3. Lebensjahre an Krampfanfällen. Die Anfälle zeigen einen eigenartigen Verlauf:

Bevor krampfartige Erscheinungen bemerkbar werden, tritt ein hochgradiger Rededrang ein. Der Junge spricht über irgendwelche gleichgültige Dinge mit allen Zeichen großer Erregung. Er wiederholt sich dabei, richtet auch Fragen an seine Umgebung, ohne deren Beantwortung abzuwarten. Alle diese Dinge bringt er in einem eigentümlichen Gemisch von Heiterkeit und zorniger Aufgeregtheit hervor; unmotiviertes Lachen unterbricht manchmal den Redeschwall. Dieser wird aber immer zusammenhangloser, schließlich werden überhaupt keine verständlichen Wörter mehr hervorgebracht, das Reden löst sich in ein Gemisch unartikulierter Silben auf. Der eigentliche Anfall besteht darin, daß sich der Junge mit einer an Hysterie gemahnenden Vorsicht auf den Boden niederläßt und in krampfhafte Zuckungen verfällt, die aber nur sekundenlang anhalten. Kaum hat sich jedoch der Krampf gelöst, so beginnt der Junge, noch auf dem Boden liegend, sein zusammenhangloses Lallen. Er erhebt sich dann taumelnd, tritt auf eine der umstehenden Personen zu und fährt in seinem wirren Reden fort, aus dem jedoch bald einige verständliche Wörter hervortauchen, bis endlich wieder, wie in der Aura, das aufgeregte, heiter gefärbte, eindringliche Reden über gleichgültige Dinge anhebt. Bisweilen ist eine deutliche Anknüpfung an den Stoff der initialen Sprachäußerungen zu verzeichnen, selbst eine Wiederkehr derselben Rede-(Frage-)wendungen. Endlich macht der Junge den Eindruck, als ob er durch sein vieles Sprechen ermüdet wäre. Das Tempo wird langsamer, die Stimme leiser. Der Anfall endet damit, daß der Junge, nachdem er echoartig die eine oder die andere Wendung wiederholt hat, verstummt, dumpf brütend in einer Ecke sitzen bleibt oder, allerdings sehr selten, in Schlaf verfällt.

Mörchen (183) beschreibt abortive Anfälle als einzige Insulte einer Epileptischen. Sie ließen sich durch Brom unterdrücken. Gleich am Tage der Aufnahme in die Anstalt traten mehrere leichte Zuckungen auf, auch in Gegenwart des Arztes. Mitten im Gespräch, ohne jede auraähnliche Vorempfindung, „fährt Pat. plötzlich heftig zusammen", so drückt man es am besten aus. Schultern und Arme fahren einen Moment blitzartig in die Höhe. Patientin verändert dabei nicht die Farbe, zeigt überhaupt kein einziges weiteres Symptom eines epileptischen Insultes, verliert auch nicht eine Sekunde das Bewußtsein. Sie sagt sofort selbst: „Eben war es wieder da, haben Sie es bemerkt?" Irgendwelche unangenehmen subjektiven Empfindungen hat Patientin weder vor, noch nach demInsult, auch nicht in erheblicherem Grade während desselben. — In den nächsten Tagen kam es zu je durchschnittlich 6 bis 8 solchen kleinen Anfällen. Traten dieselben beim Essen auf, so entfielen der Patientin Gabel und Messer mit lautem Geräusch; sie nahm sie aber sofort wieder auf und aß weiter. Einmal bekam sie morgens bei der Toilette eine so heftige Zuckung, daß das Glas mit Mundwasser weit in das Zimmer hineinflog und allerlei Schaden anrichtete. Überhaupt kam es öfter vor, daß die Kranke Gegenstände durch das Zusammenfahren fallen und zerbrechen ließ. Diese für sie besonders in Gegenwart anderer sehr peinlichen Vorkommnisse bedrückten sie zeitweise sehr, so daß sie sich von der größeren Gesellschaft zurückzog und freiwillig in die geschlossene Abteilung übersiedelte. Am 8. Tage ihres Anstaltsaufenthaltes fiel Patientin, als sie gerade in die Badewanne steigen wollte, ganz plötzlich hin, so schnell, daß die unmittelbar neben ihr stehende Pflegerin nicht mehr schnell genug zugreifen konnte, um eine erneute Beschädigung ernster Art des schon einmal verletzten Fußgelenkes zu verhüten. Die Pflegerin schilderte den Fall so, daß es der Vorgang eines ganz plötzlichen Hinstürzens „wie vom Schlage getroffen" gewesen sei. Die Patientin selbst gab nachher dem Arzt auf Befragen an, daß sie bei dem Falle keine Sekunde das Bewußtsein verloren habe. Es sei ganz plötzlich und nur für einen Moment ein Gefühl von allgemeiner Schwäche und Lähmung über sie gekommen. Sie könne ganz genau beschreiben, wie sie gefallen sei. Im Augenblick des Hinstürzens habe sie keine Möglichkeit, sich in irgendeiner Weise zu halten oder zu stützen. Alle Muskeln seien wie gelähmt, die Knie knickten ihr einfach ein, sie könne aber sofort wieder aufspringen.

Eine psychogene Ursache der Anfälle bestand nicht.

Laquer (151): Ein 64jähriger arteriosklerotischer Herr verschluckte sich, so daß ein Stück Fleisch auf den Glottiseingang gerät. Er fällt röchelnd zu Boden mit stark zyanotischem Gesicht, hatte Schaum vor dem Munde und zeigte einen tonischen Krampf der linken Arm- und Rumpfmuskulatur. Die Pupillen erschienen über mittelweit, völlig reaktionslos; die Hornhaut unempfindlich; die Zunge war zwischen den Zähnen eingeklemmt, das Gesicht verzerrt; die Atmung war oberflächlich, und es erfolgte nur alle paar Sekunden eine Respiration; Herztöne waren nicht zu hören, und der Radialpuls nicht zu fühlen.

Nach Entfernung des Fleischstückes stellten sich Puls und Atmung wieder her, das Bewußtsein kehrte aber noch nicht zurück. Der Kranke wurde ins Bett gebracht, wo sofort die heftigsten Konvulsionen einsetzten, welche insbesondere die Muskulatur der vier Extremitäten und des Rumpfes betrafen. Es handelte sich dabei abwechselnd um Prosthotonus und Opisthotonus, so daß er im Bette hochzuspringen schien, um Kreuzung der Arme über der Brust. Dann kamen stoßende Bewegungen von Armen und Beinen,



Verzerrungen des Gesichtes, Verdrehen der Augen, heftige Wendungen des Kopfes nach beiden Seiten. Dabei reagierte der Kranke weder auf lautes Anrufen, noch auf irgendwelche Hautreize, auch war er nicht imstande, zu schlucken. Er zeigte noch weite und starre Pupillen, ächzte und stöhnte laut und knirschte mit den Zähnen.

Nachdem dieser Zustand von allgemeinen Krämpfen und tiefster Bewußtlosigkeit $1^1/_2$ Stunden gedauert hatte, kam der Patient wieder ein wenig zu sich und war imstande, einzelne Personen seiner Umgebung, auch den Arzt, zu erkennen. Doch hat er in der darauffolgenden Nacht sehr unruhig geschlafen, wenig Nahrung zu sich genommen und ein mangelhaftes Schluckvermögen gezeigt. Wenn er wach war, hat er die nächsten Angehörigen nicht genau erkannt, mit anderen Personen, auch den Arzt mit dem geholten Pfleger verwechselt.

Am nächsten Morgen, etwa 18 Stunden nach dem Anfall, erschien der Kranke völlig wiederhergestellt und bei klarem Bewußtsein. Er erinnerte sich nur an den Moment, wo er das Stück Fleisch zu sich genommen hatte; alle übrigen Erlebnisse waren seinem Gedächtnis völlig entschwunden. Andeutungen von weiterer retrograder Amnesie fehlten.

Der Fall beweist dem Verf.: Eine erhebliche zeitweilige Hemmung des respiratorischen Gaswechsels vermag an sich schon epileptoide Krämpfe auszulösen.

Unter 22 epileptischen Frauen **Bianchini**'s (27) waren 15 im zweiten Lebensjahrzehnt erkrankt, davon die Hälfte gleichzeitig mit der Menarche. Von den 1103 Anfällen, die diese 22 Frauen zusammen innerhalb eines Jahres hatten, fielen 384 ($^1/_3$) mit der Menstruation zusammen. (*Audenino.*)

Ein 59jähriger Mann zeigt nach **Mattirolo** (178) Anfälle von Jacksonscher Epilepsie und dann Parese der Gliedmaßen der rechten Seite, begleitet von kontinuierlichen Störungen der subjektiven Sensibilität (verschiedenartige Schmerzen, Parästhesien usw.). Objektiv: kutane Hyperästhesie, Hyperalgesie. Mikroskopischer Befund: Riesenzellengliome in den zentralen Hirnwindungen und in einem Teile des parietalen Hirnlappens der linken Seite. Corpus callosum, Thalamus, Nucleus lenticularis, Capsula interna, Seitenventrikel unversehrt.

Verf. schließt aus diesem Falle, daß eine in den zentralen Windungen und in einem Teile des parietalen Lappens gelegene Geschwulst neben der Lähmung und den konvulsivischen Erscheinungen an der anderen Seite auch neuralgieartige Schmerzen hervorrufen kann. (*Audenino.*)

Agostis (3): Beobachtungen an 30 Epileptikern. Schlußfolgerungen: Es gibt Fälle von Epilepsie, in welchen deutliche Zeichen organischer Läsionen vorliegen; in anderen Fällen fehlen solche Zeichen, aber es sind häufig allgemeine Zeichen einer Paraphrenie nachweisbar. Hierdurch ist nicht die Möglichkeit ausgeschlossen, daß in den Fällen der zweiten Gruppe ein früherer zerebropathischer Prozeß bestehe. Verf. ist jedoch der Ansicht, daß das Fehlen solcher Zeichen, vereinigt mit dem negativen Ausgang sorgfältiger anamnesticher Untersuchungen und mit dem Vorhandensein psychischer und körperlicher Entwicklungsanomalien, dazu veranlaßt, noch nicht die Möglichkeit einer idiopathischen Epilepsieform endgültig in Abrede zu stellen. (*Audenino.*)

Padovani (199a) hat die Wirkung des Akaduzins auf Epileptiker untersucht. — Von Akaduzin wurden ein bis zwei Löffel pro die gegeben. Seine Wirkung ist unsicher: in einigen Fällen bleibt das Mittel wirkungslos. (*Audenino.*)



Es wurde von **Pini** (206a) der Harn von 11 gesunden Individuen und ebensovielen Epileptikern mit der von Rollens neulich beschriebenen Methode untersucht; während der Versuchszeit wurde die Diät konstant erhalten und die Darreichung von Medikamenten unterbrochen. Der Harn wurde vor und nach den Anfällen untersucht. Die Menge der bei den Epileptikern ausgeschiedenen Glykuronsäure ist größer als die der Normalen; es zeigt sich aber kein Zusammenhang zwischen der ausgeschiedenen Säuremenge und den epileptischen Anfällen, es darf also kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Krampfanfällen und Glykuronsäure angenommen werden. (*Audenino.*)

Paravicini (202) untersuchte bei Epileptikern die sogenannten „Boules de retraction" und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Diese Gebilde kann man im Kleinhirne der Epileptiker sowohl in der körnigen wie in der molekularen Schicht und sowohl an den Nervenausläufern wie an den Dendriten der Purkinjeschen Zellen finden. In letzterem Falle befinden sie sich vorzugsweise an den seitlichen Zweigen der Hauptstämme. Die „boulei" können terminal oder in die Nervenfasern eingefügt sein oder den Ausgangspunkt einer oder mehrerer Fasern bilden. (*Audenino.*)

Sterling (250) beschreibt einen seltenen Fall von Epilepsie mit paralytischer Aura. Es handelt sich um einen 17jährigen Schustergesellen, welcher seit 6 Jahren an Krampfanfällen mit vollständigem Bewußtseinverlust leidet. Die Anfälle verlaufen meistens stereotyp, sie beginnen mit einem echten Kopfschwindel mit erschwertem und schwankendem Gang und einer ausgesprochenen psychischen Depression, welche übrigens den Anfall überdauert. Kurz nach dem Gefühl des Kopfschwindels, welcher einige Minuten anzudauern pflegt, entwickeln sich regelmäßig, ohne irgendwelche Krampferscheinungen, Parästhesien oder Anästhesien, eine Lähmung der linken oberen Extremität. Die Lähmung entsteht nicht plötzlich. sondern entwickelt und steigert sich allmählich binnen 5—8—10 Minuten, indem sie sämtliche Extremitätabschnittte gleichmäßig betrifft, nach 8—12 Minuten ihren Kulminationspunkt erreicht, selten aber absolut ist. Es bot sich Gelegenheit, zweimal solche Lähmung zu untersuchen: Sie ist eine vollständig schlaffe, die Trizeps- und Periostalreflexe sind ziemlich schwer zu erzielen, obwohl sie erhalten sind, die sämtlichen Sensibilitätsqualitäten und insbesondere der stereognostische Sinn zeigen keine Abweichungen von der Norm. Die Lähmung der linken oberen Extremität ist eine streng lokalisierte, sie wird von keinerlei Ausfailserscheinungen in den anderen motorischen Gebieten und von keinerlei Bewußtseinstörungen begleitet. Erst nach einiger Zeit (10—15—30 Minuten) vom Beginn der Lähmung verliert der Kranke das Bewußtsein, und es entwickelt sich ein typischer epileptischer Anfall mit Zungenbiß, nachfolgendem tiefem Schlaf von 5—6 Stunden, einer ausgesprochenen typischen Depression, Kopfschmerz und physischer Asthenie. Die Lähmung der linken oberen Extremität kommt niemals ohne nachfolgenden Krampfanfall vor. Den Anfällen gehen niemals Kopfschmerzen voraus, dagegen außer der psychischen (Depression) und labyrinthösen (Schwindel, Gefühl des Herabstürzens) Aura kommt ab und zu auch migränöse Aura vor (mehrfarbige Skotome und Erbrechen). Die Anfälle entwickeln sich zu verschiedenen Tageszeiten (auch nachts während des Schlafes) und zeigen eine absolute Unabhängigkeit von äußeren Eindrücken und von Emotionen. Es ist auch vorgekommen, daß der Patient spät abends die Lähmung an der linken unteren Extremität bekommen hat, dann einschlief, und erst im Schlaf entwickelte sich der allgemeine Krampfanfall. Von besonderem Interesse und Wichtigkeit ist die regelmäßig wiederkehrende Tatsache, daß,



als der Kranke nach dem Krampfanfalle und nach dem nachfolgenden Schlaf zum Bewußtsein kommt, die vor dem Anfall gelähmte linke obere Extremität bereits absolut normale motorische Kraft zeigt. Objektiv finden sich absolut keine Symptome seitens des Nervensystems. Die Psyche ist vollständig normal. In der Anamnese „Enuresis nocturna“ bis zum 14. Lebensjahre, in den letzten Jahren typische epileptische „Absences“, sonst keine Erkrankungen, keine hereditäre Belastung. Der Verf. hebt hervor, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um ein paralytisches Äquivalent des epileptischen Anfalles handelt, wie dies in den von Binswanger, Löwenfeld, Jèx, Higier u. a. beschriebenen Fällen zu beobachten war, sondern um eine Aura paralytica, welche bisher nicht beschrieben worden ist. Die Erschöpfungstheorie kann hier natürlich keine Anwendung finden; man sollte vielmehr von der „Action inhibitrice“ der Stirnrinde, welche experimentell durch Sherrington und Sterling nachgewiesen worden ist, annehmen, daß die seltene Erscheinung, wie der Verf. in der Literatur keine analoge auffinden konnte — daß nämlich die vor dem Anfall auftretende Lähmung unmittelbar nach dem Krampfanfall verschwand —, daß sich während des epileptischen Anfalls nicht nur eine die die Reizung, den Krampf und die Hypertonie erzeugende positive Energie, sondern auch eine negative, die Erscheinungen hemmende Energie entwickelt (Binswangers „Hemmungsentladungen“). (*Autoreferat.*)

Konvulsionen.

Stallmann (247) hat bei 6 Psychopathen die von Bratz als affektepileptische Anfälle benannten Insulte beobachtet. Stallmann findet, daß es sich in allen Fällen um durch neuropathische Anlage oder durch Keimvergiftung erblich belastete, unstete Psychopathen handelt, die auch sämtlich mehr oder weniger häufig und schwer mit dem Strafgesetz kollidierten. Bei allen waren die beobachteten Anfälle typische epileptische Krampfzustände, die an und für sich von den Anfällen der genuinen Epileptiker nicht zu unterscheiden waren. Die meisten dieser Krampfanfälle wurden durch Einwirkung eines äußeren Reizes verschiedenster Form ausgelöst. Als Reize kamen kurz dauernde, z. B. ein mißglückter Selbstmordversuch, Ärger über Bemerkungen anderer Anstaltinsassen oder protrahierte Reize, besonders gerichtliches Verfahren und Haft in Betracht. Nach Wegfall der Reize blieben auch die Anfälle aus, wenigstens auf längere Zeit, um dann durch neue Reize wieder hervorgerufen zu werden. Ein wesentlicher Einfluß der Krampfanfälle auf die psychischen Qualitäten der Beobachteten trat bis jetzt, bei einzelnen auch nach jahrelanger Beobachtung, nicht ein, besonders war eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten nicht zu konstatieren, im Gegenteil beobachtete ich in den 4 Fällen, die längere Zeit in der Anstalt blieben, nach Wegfall der Reize und Ausbleiben der Krämpfe eine wesentliche körperliche und psychische Erholung. Wenn man den zeitlichen Verlauf der Anfälle im ganzen betrachtet, so findet man als wesentlichen Unterschied gegenüber dem Verlauf der Anfälle genuiner Epileptiker bei den Affektepileptikern ein episodisches Auftreten mit monatelangen Pausen oder ein nur einmaliges Auftreten, während doch bei der genuinen Epilepsie die Anfälle gewöhnlich gleichmäßiger auf die Jahre verteilt sind. Was das Lebensalter der Beobachteten anbetrifft, so befanden sich alle im dritten Dezennium. Das Wesentliche und Schwierige ist bei der Aufstellung dieses Krankheitsbildes nach Stallmann die Unterscheidung von der Hysterie. Hier ist das Fehlen somatischer und seelischer



Symptome der Hysterie genau nachzuweisen, und waren solche in den geschilderten Fällen auch nicht in ausgeprägter Form vorhanden. Dagegen hat Stallmann in allen Fällen eine mehr oder weniger hochgradige vasomotorische Neurasthenie gesehen.

Es sind schon seit Jahren Vorarbeiten der jetzt von **Bratz** (38) vertretenen Auffassung vorausgegangen. Es sind eine Reihe von Anfallsvarietäten als narkoleptische, psycholeptische, kleine Anfälle beschrieben, welche weder in das Bild der Epilepsie noch in das der Hysterie hineinpassen wollten.

Wichtiger noch im Sinne von Bratz sind die Aufstellungen von Westphal und Oppenheim, welche für eine bestimmte klinische Gruppe, nämlich für die Psychastheniker mit Agoraphobie und anderen Zwangsvorstellungen das Vorkommen von Krampfanfällen und Äquivalenten epileptischen Charakters erweisen.

Bratz stellt nun zunächst eine zweite bestimmte klinische Gruppe, nämlich die unsteten, kriminell Entarteten den Westphal-Oppenheimschen Psychasthenikern an die Seite. Auch diese Unsteten zeigen Krampfanfälle usw. epileptischen Charakters. Aber auch sie sind keine Epileptiker, weil sie, genau wie die Westphal-Oppenheimschen Psychastheniker niemals verblöden, und weil die Anfälle nicht aus inneren Gründen sich wiederholen, sondern episodisch durch äußere Anlässe ausgelöst werden. Affiziert werden diese Unsteten wie die Psychastheniker Westphal-Oppenheims zumeist durch seelische Stöße, aber auch durch somatische Ursachen, wie Hitze, Alkohol, Fieber. Daher der Name affekt-epileptische Anfälle.

Gemeinsam ist den Unsteten und den Psychasthenikern ferner vasomotorische Labilität. Bei den Unsteten besteht eine eigentümliche Dauerkonstriktion der Gefäße, die in jähe Erweitung übergehen kann. Gemeinsam ist die erbliche Belastung.

Bratz geht nun weiter und stellt mit den Psychasthenikern und Unsteten noch eine Reihe weiterer klinischer Gruppen aus der Masse der Psychopathen und Neuropathen in Parallele, die alle nicht verblöden und affektepileptische Anfälle mit den obigen Kennzeichen wie Episodizität, Abhängigkeit von affizierenden Stößen haben. Solche Gruppen sind: Die nervös erregbaren Kinder mit den Anfällen von Wegbleiben, die nervösen Erwachsenen, die bei Zahnextraktionen und bei Mensuren Ohnmachtsanfälle bekommen, die nervösen Kinder, die Krampfanfälle epileptischen Charakters nach orthopädischen Operationen erleiden.

Die affektepileptischen Anfälle auf dem Boden der erblich-neuropathischen bzw. psychopathischen Konstitution können ganz vereinzelt, 1—2 mal im Leben, auftreten oder zu gewissen Zeiten, so im frühen Kindesalter (Heilbronner, Friedmann) oder in der Pubertät (eigene Fälle) sich jahrelang häufen und dann verschwinden, ohne eine Schädigung zu hinterlassen.

Die affektepileptischen Anfälle zeigen nicht immer einen typisch-epileptischen Charakter, sondern sind von verschiedenem Typus, wie Verfasser an einem großen Material festgestellt hat. Daß man diese Varietäten bisher nicht alle bezüglich ihres Vorkommens bei Psychopathen gekannt hat, erschwerte die Verständigung. Die Zahl der Anfallsvarietäten ist groß: 1. Grand mal, 2. Schwindelgefühlsattacken (= Vertigo, Absenzen), 3. Ohnmachtsanfälle, 4. Schlafzustände (= große narkoleptische Anfälle), 5. Zustände mit Versagen der motorischen Muskulatur (= Hemmungsentladungen), kleine narkoleptische Anfälle; psychische Anfälle (Äquivalente), und zwar Verwirrtheitszustände, Verstimmungen, Fugues, Wutanfälle. Häufig kommen mehrere Anfallsvarietäten bei einem psychopathischen Individuum vor.

Trotz dieser großen Zahl und wenn auch manche Varietäten ähnlich



oder gleich bei der Epilepsie (Grand mal) und bei der Hysterie (narkoleptische Zustände) vorkommen, bieten die Anfälle der Psychopathen eine Reihe von charakteristischen Eigentümlichkeiten: Das Grand mal der Psychopathen führt nicht zum Status epilepticus und nicht zum Tode. Das Petit mal der Epilepsie, das mit leichten Herderscheinungen (Ablenkung der Bulbi und Zuckungen eines Armes einhergeht, kommt bei Psychopathen, also als affektepileptischer Anfall, nicht vor. Als klassischer Anfall der echten Epilepsie ist also nicht mehr der Krampfanfall, sondern das Petit mal anzusehen.

Dagegen ist außerordentlich häufig bei Psychopathen die Schwindelgefühlsattacke (= Absenzen), die kurze, wenig brüske Bewußtseinstrübung, bei der sich der Betroffene oft noch festhalten kann. Ebenso häufig sind Anfälle mit ausgesprochener Bewußtseinspause und Fall, aber ohne jede Krampferscheinung, die Bratz als Ohnmachtsanfälle bezeichnet hat. Auch die psychischen Äquivalentzustände der Psychopathen haben ihre Besonderheiten und erhalten außerdem durch die zumeist seelische Auslösung noch ihre Färbung.

Bratz nimmt an, daß die affektepileptischen Anfälle der Psychopathen durch Vermittlung der Hirngefäße ausgelöst werden.

Gaugele (101): Bekanntlich hat Schanz einige Stunden oder Tage nach orthopädischen Operationen bei Kindern epileptiforme Krampfanfälle auftreten sehen, einmal mit tötlichem Ausgang. Er nahm Fettembolie des Gehirns als Ursache der Krämpfe an. (Zentralblatt f. Chirurgie 1910.)

Eine neuere Arbeit von Codivilla (Deutsche med. Wochenschrift 1910) glaubt nicht, daß in den Fällen von Schanz eine echte Fettembolie vorliegt, bringt vielmehr eine neue Hypothese. Nach seiner Ansicht verdanken diese Konvulsionen ihren Ursprung einer „Überspannung der die Extremitätenwurzeln umgebenden Weichteile; vermutlich auf reflektorischem Wege versetzt die anhaltende Spannung das zentrale Nervensystem in einen eigentümlichen Zustand, der zum Ausbruch der epileptischen Anfälle führt". Codivilla gibt ferner noch an, daß nervös-belastete Individuen von dieser unangenehmen Komplikation besonders bevorzugt würden. Das beste Mittel sei die unverzügliche Behebung der Spannung, d. h. die Entfernung des Gipsverbandes und die Zurückführung in die frühere Stellung.

Gaugele hat nun zwei Fälle nach orthopädischen Operationen bei sieben- und neunjährigen Kindern beobachtet, welche ebenso wie diejenigen Codivillas bei genauerer Analyse als affektepileptische Anfälle bei Neuropathen erscheinen. Die Einrenkung hatte, entsprechend dem Alter der Kinder, etwas länger gedauert, jedoch höchstens 25 Minuten. Die Kinder erwachten normal aus der Narkose, boten nicht die geringsten krankhaften Erscheinungen. Am ersten Tage klagten sie über ziemlich viel Schmerzen, wie das alle älteren Kinder nach einer Einrenkung zu tun pflegen. Im übrigen fiel an dem Verhalten der Patienten nichts auf. Im ersten Falle traten vier bis fünf Tage nach der Einrenkung abends plötzlich heftige klonische Krämpfe auf, die ein bis zwei Tage anhielten in fast ununterbrochener Reihenfolge. Das Sensorium war vollkommen verschwunden, die Pupillen starr. Fieber war nicht nachweisbar.

Im zweiten Falle traten am zweiten Tage nach der Einrenkung ähnliche, wenn auch nicht so heftige Krämpfe auf.

In beiden Fällen suchte Gaugele durch Packungen die Gewalt der Krämpfe zu bekämpfen, was auch teilweise gelang. Auch wurden einige Kampfereinspritzungen gegeben. Beide Fälle gingen in Genesung über.

Bemerkenswert war, daß die Krampfanfälle im ersten wie im zweiten Falle direkt im Anschluß an den ersten Familienbesuch auftraten. Das



Bild war beide Male ganz dasselbe. Die Kinder hatten zwar nie an Krämpfen gelitten, waren aber leicht erregbar. Nach der Einrenkung verhielten sie sich zunächst nicht wesentlich anders als andere Kinder, waren bis zu dem Besuche der Angehörigen auch ruhig; durch den Besuch der Eltern aber wurden beide offenbar sehr erregt. Wie die Wärterin berichtete und auch die Eltern zugaben, befanden sie sich alle zusammen in einem Erregungszustand, die Mütter weinten, die Kinder weinten, wollten lieber mit nach Hause, auf keinen Fall mehr dableiben; anstatt dem ärztlichen Auftrage nachzukommen und nur einige Minuten bei dem Kinde zu bleiben, ließen sich die Eltern durch die Klagen des Kindes bewegen, nahezu drei Stunden bei dem Kinde zu verweilen. Die Kinder wurden immer unruhiger, klagsamer; in dem einen Falle wurde der Arzt von der Wärterin geholt, da die Eltern gar nicht fort wollten, obwohl die Besuchszeit längst abgelaufen war. Endlich gelang es, sie fortzubringen; gleich danach traten bei dem Kinde die epileptiformen Krämpfe auf.

Sterling (249) berichtet über einen 68jährige Kranken, welcher vor acht Monaten eine rechtsseitige Hemiplegie durchgemacht hatte. Die motorische Kraft hat sich nach einigen Tagen vollständig wiederhergestellt, dagegen entstand unmittelbar danach ein linksseitiger Hemispasmus facialis. In der folgenden Zeit litt der Kranke an Schwindel, fiel sogar mehrmals um, jedoch ohne Bewußtseinsverlust und Parese. Die Untersuchung vor einem $^1/_2$ Jahr ergab: Enge Pupillen mit schwacher Lichtreaktion, maskenhafter Gesichtsausdruck, dysartrische Sprache mit nasalem Beiklang. Aufheben des Rachenreflexes. Parese des weichen Gaumens, leichte rechtsseitige Hemiparese mit deutlichem Prädilektionstypus und spastischem Charakter (Fußklonus). „Démarche à petits pas.“ Retropulsion. Rhythmisches, langsames Zittern der Oberschenkel, des Rumpfes und des Kopfes. Hemispasmus facialis sinister mit „paradoxaler Synergie“ des Frontalmuskels (Babinski). Während des Aufenthaltes im Krankenhaus ein heftiger epileptischer Anfall mit Bewußtseinverlust, allgemeinen Krämpfen und nachfolgenden Erscheinungen von motorischer, sensorischer Aphasie, Agnosie und Apraxie, welche bald verschwanden. Nach dem epileptischen Anfall verschwand total der linksseitige Fazialiskrampf. Verf. diagnostiziert im vorliegenden Fall die von Brissaud beschriebene Form von Hemispasmus facialis alterans und lokalisiert die Ursache derselben im Mesenzephalon, in dem er die Symptome der symptomatischen Paralysis agitans („Pseudo-Parkinson“) auf dieselbe Lokalisation zurückführt. (*Autoreferat.*)

Schon seit Jahren war es **Stoeltzner** (252) aufgefallen, daß bei spasmophilen Kindern, die bald nach einem eklamptischen Anfall zur Untersuchung gebracht wurden, das Fazialisphänomen immer entweder gar nicht oder nur ganz schwach auszulösen war.

Eine neue Beobachtung zeigte dem Verf., daß in der Tat das Fazialisphänomen durch einen eklamptischen Anfall vorübergehend zurückgedrängt wird.

Ebstein (73) weist auf eine Bemerkung des Aristoteles über den Zusammenhang der Kinderkrämpfe mit Überfütterung und mit der Phase des Vollmondes hin.

Bolten (33) beschreibt kleine epileptiforme Anfälle bei Hypophysistumor und bei Arteriosklerose. . (*Stärcke.*)

Tetanus.

Flächer's (88) Fall ist die einzige beobachtete Tetanuserkrankung seit Bestehen der Augenklinik unter 119641 Augenkranken bei übrigens zahlreichen Orbitalverletzungen.



Es haben sich am siebenten Tage nach der Verletzung die ausgesprochenen Erscheinungen des Kopftetanus eingestellt, welche Ausräumung der Schrotkörner aus der Orbita, soweit möglich, und energische Antitoxinbehandlung veranlaßten, obwohl die Erfahrung feststeht, daß bei einmal ausgebrochenem Tetanus der Erfolg der Antitoxintherapie ein ganz unsicherer ist.

Wenn aber im vorliegenden Falle die Antitoxinbehandlung Heilung herbeigeführt hat, so ist nach des Verf. Meinung den großen Gaben von Serum, mit welchen der erkrankte Körper gleichsam überschwemmt wurde, der günstige Erfolg zuzuschreiben.

In **Eiselt**'s (76) Falle war klinisch durch den Krankheitsverlauf, anatomisch durch die Sektion und bakteriologisch durch das Kultur- und Impfverfahren der Nachweis geliefert, daß durch den Unfall, nämlich durch eine Arbeitsverletzung, eine Infektion mit Tetanusbazillen erfolgt war, daß dieselbe unter einer milde verlaufenen Fingereiterung sich verbarg und elf Tage nach der Verletzung zu einem tödlichen Tetanus traumaticus geführt hat.

Dadurch, daß alle Glieder der Kette vom Momente des Unfalles bis zum letalen Ausgange in dem Beweise geschlossen waren, wurde der tödliche Unfall als Berufsverletzung anerkannt und der Witwe, die im zweiten Graviditätsmonate stand, die zustehende Rente zugesichert.

Jess (133): Nach einer Schrotschußverletzung des Augapfels ergab die bakteriologische Untersuchung, daß eine Verunreinigung der ausgedehnten Wunde mit hochvirulenten Tetanusbazillen zusammen mit anderen Keimen stattgefunden hatte.

Wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so darf man doch mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die durch die frühzeitige Feststellung der Bakterien veranlaßte Behandlungsweise den Ausbruch des Tetanus hintangehalten haben mag, wobei natürlich nicht zu entscheiden ist, ob der Erfolg der ausgiebigen lokalen oder der Serumtherapie zuzuschreiben ist.

Baroni (18) hat die Durchlässigkeit verschiedener, künstlich hergestellter Membrane für die Tetanusgifte geprüft.

Laubenheimer und **Caan** (154) berichten über eine tödliche Tetanusinfektion infolge subkutaner Einverleibung von Radialkarbenzym zwecks Behandlung eines rezidivierenden Lymphosarkoms. Der Tierversuch bestätigte, daß der Tetanus auf das Radialkarbenzym zurückzuführen sei. Trotz der angeblichen Sterilität des Präparates müsse es Tetanussporen enthalten haben. (*Bendix.*)

Salus (228): Da die Tetanusinfektion sich hauptsächlich in ausgebreiteten Kontrakturen der quergestreiften Muskulatur äußert, so ist eine Beteiligung der quergestreiften Lid- und Augenmuskeln von vornherein nicht so selten zu erwarten. Es muß um so mehr wundernehmen, daß sich eingehendere Hinweise auf eine solche in den zahlreich mitgeteilten Krankengeschichten so selten finden, wenn man nicht etwa Bemerkungen wie: „starrer Blick", „enge Lidspalte" in diesem Sinne auffassen will.

Das Hauptsymptom des Wundstarrkrampfes, die erwähnte Dauerkontraktur der quergestreiften Muskulatur findet sich im Bereiche der Muskulatur der Augenlider mit großer Regelmäßigkeit. Diese Kontraktur ist es, die einen guten Teil des eigentümlichen Gesichtsausdruckes ausmacht, welchen das Gesicht Tetanischer in allen Krankheitsfällen darbietet, der Risus sardonicus oder der Facies tetanica.

Salus macht darauf aufmerksam, daß es bei der fast regelmäßigen Beteiligung der Lidmuskulatur geradezu merkwürdig wäre und einer Erklärung bedürfte, wenn die Starre nicht auch manchmal auf die Augenmuskeln übergriffe. Er berücksichtigt ferner, daß Augenmuskelstarre (Vor-



fall der Nickhaut) bei manchen Tieren (Einhufern) ganz regelmäßig mit als erstes Symptom des spontanen oder experimentellen Tetanus (Deszendenz) auftritt. Danach kommt Salus für seinen Fall und alle hierher gehörigen zu folgender Auffassung: Kommt das Tetanustoxin mit einem Augenmuskel in direkte Berührung, so entwickelt sich ein Dauerkrampf aller Muskeln dieses Auges, der nach kurzer Zeit auf das andere Auge und nach anderen Richtungen (Fazialis usw.) ausstrahlt.

Eklampsie.

Zwei Fälle der sogenannten Eklampsie ohne Krämpfe. Diese Form der Eklampsie verläuft gewöhnlich sehr schwer, da sie eine Mortalität von 77—80% aufweist. Wenn auch in der Literatur nur eine sehr geringe Anzahl von Fällen von Eklampsie ohne Krämpfe publiziert ist, so ist **Gussakow** (115) doch der Meinung, daß sich solche Fälle viel öfter vorfinden; nur werden sie von Ärzten, auch von Frauenärzten, oft nicht diagnostiziert.

Wie bei allen letal verlaufenden Fällen der Eklampsie ohne Krämpfe war auch in diesem die sichere Diagnose nur durch den Sektionsbefund zu stellen. Intra vitam wird man oft vor einem diagnostischen Rätsel stehen, doch sind bei genauer Beobachtung der schwangeren oder bereits entbundenen Patientin eine ganze Reihe von sehr kennzeichnenden Symptomen vorhanden, die immerhin an das Bestehen einer Eklampsie denken lassen. Abgesehen von dem Urinbefunde fand sich in **Bickenbach**'s (28) Fall anfangs Somnolenz, Kopfschmerzen, weiter Unruhe, Erbrechen, schließlich tiefe Bewußtlosigkeit, Zyanose, Dyspnöe, Pulsfrequenz. Selbstverständlich ist keines dieser Symptome allein für die Eklampsie pathognostisch, oft wird die Differentialdiagnose zwischen der Eklampsie ohne Krämpfe — dieser paradoxen Eklampsie — und anderen komatösen Zuständen, insbesondere der Urämie, ungemein schwierig sein. Gerade Bickenbachs Fall beweist wieder, daß in der Diagnose der Eklampsie ohne Krämpfe nur der pathologisch-anatomische Befund entscheidet.

Vor allem die mikroskopische Untersuchung ergab die charakteristischen Befunde der Eklampsie. Besonders die Leber bot typische Stellen hämorrhagischer und anämischer Nekrosen.

Schmid (230) hebt in seiner Arbeit hervor, daß man mit Hilfe des für die Eklampsie charakteristischen Obduktionsbefundes imstande ist, Fälle, deren klinische Symptome nicht eindeutig waren, bei denen z. B. die Krämpfe fehlten, als Eklampsie zu erkennen. Er teilt einen derartigen Fall näher mit. Nach Schmid können bei der Eklampsie nicht nur die Krämpfe, sondern auch die Bewußtlosigkeit fehlen. (*Bendix.*)

Wolff-Eisner (274) sieht die Puerperaleklampsie als eine Überempfindlichkeitskrankheit an, wie das Heufieber. Den Ansatzpunkt sämtlicher Überempfindlichkeitserscheinungen erblickt Verfasser in den Vasomotorenzentren und führt aus, daß Individuen mit labilen Vasomotorenzentren für Überempfindlichkeitserscheinungen besonders disponiert seien.

Er möchte zahlenmäßige Erhebungen veranstalten und bittet die praktischen Ärzte, Fragebogen bei ihm einzufordern und zu beantworten.

Rossa (224) bekämpft den Lichtensteinschen Vorschlag einer neuen Zählungsmethode der Puerperaleklampsien. Bei der Aufstellung dieser neuen Statistik ist ein logischer Fehler unterlaufen: Lichtenstein geht von der Voraussetzung aus, „die Wochenbetteklampsien sind Frühentbindungsfälle κατ᾽ ἐξοχήν. Bei ihnen erfolgt die Entbindung, die als heilsamste bzw.



kausale Therapie angesehen sei, immer am frühesten, eben schon vor Ausbruch der Krämpfe, also so früh, als man nur wünschen kann. Trotzdem treten bei der Wochenbetteklampsie in 100% nach der Entbindung Krämpfe auf, bzw. hören die Krämpfe in 100% nach der Entbindung nicht auf, wie man sich analog der bisherigen Statistik ausdrücken könnte."

Hierin liegt der Fehler: es werden die Fälle gar nicht berücksichtigt, die vor der Entbindung alle Vorbedingungen für den Ausbruch der Eklampsie hatten, und bei denen dann trotzdem die Krämpfe nach der Entbindung aufhörten (ohne vorher vorhanden gewesen zu sein), wie man sich nach der bisherigen Statistik ausdrücken könnte. Diese unberücksichtigt gelassenen Fälle sind eine unbekannte Zahl, welche wahrscheinlich recht groß sein dürfte, ohne deren Berücksichtigung aber die Statistik von vornherein fehlerhaft ist.

Ceelen (46) fügt den vier in der Literatur bereits niedergelegten Fällen eines Nebeneinanders von Puerperaleklampsie und gelber Leberatrophie einen neuen Fall hinzu. Durch die sorgfältige anatomische Untersuchung sind in der Leber die verschiedenartigen, entweder der Eklampsie oder der gelben Leberatrophie zugehörigen Herde unterschieden.

Dienst (65) hat nach vielfachen Arbeiten seine Anschauungen über das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei der normalen Schwangerschaft, beim Hydrops, bei der Schwangerschaftsniere und bei der Eklampsie jetzt dahin ausgedrückt:

Zur Mehrarbeit in der Schwangerschaft und besonders, um dem Fötus die Eiweißstoffe zuzuführen, ist eine Hyperleukozytose gegenüber der Norm nötig. Sie ist besonders in der ersten Schwangerschaft ausgesprochen, weniger bei wiederholter Schwangerschaft. Es könnte fast scheinen, als ob die Leukozyten, nachdem sie die durch die erste Schwangerschaft erhöhten Anforderungen überwunden haben, an Tüchtigkeit und Leistungsfähigkeit zunehmen, so daß die kommende Generation der Leukozyten die bei erneuter Schwangerschaft erwachsende Mehrarbeit nun bereits in geringerer Anzahl leisten konnte. Je nach der Leistungsfähigkeit der Leukozyten des Einzelindividuums wird ihr Verbrauch und ihre Anzahl auch bei der Schwangerschaft im einzelnen Fall verschieden ausfallen müssen. Den weißen Blutelementen dürfte im allgemeinen eine nur kurze Lebensdauer beschieden sein. Sie scheinen nach getaner Arbeit im zirkulierenden Blut, vielleicht zum Teil sogar schon im intervillösen Raum der Plazenta, zu zerfallen. Mikroskopisch läßt sich der Nachweis führen, daß am Ende der Schwangerschaft und in noch höherem Grade während der Geburt die Zahl der ein- und zweikernigen polynuklären Leukozyten gegenüber den in nichtschwangerem Zustande im Blutbilde prävalierenden drei-, vier- und fünfkernigen Zellen die Oberhand gewinnen, woraus geschlossen werden muß, daß immer nur die ältesten leistungsfähigsten drei-, vier- und fünfkernigen Zellen zunächst verbraucht werden, und daß dafür jüngere ein- und zweikernige die gelichteten Reihen ergänzen. Der Körper wird also während der normalen Schwangerschaft, entgegen dem nichtschwangeren Zustande, arm an drei-, vier- und fünfkernigen Zellen und relativ reich an ein- und zweikernigen.

Aus dem Zerfall der zu physiologischem Zweck verbrauchten vielkernigen Leukozyten wird Fibrinogen und die Thrombokinase erzeugt, die sich mit dem im Blutplasma präformiert vorhandenen Thrombogen in Fibrinferment umwandeln würde, wenn seine Bildung durch im Blut vorhandene Hemmungskörper nicht unter normalen Verhältnissen gehemmt würde. Je höher die Gesamtzahl der Leukozyten und speziell der ein- und zweikernigen im einzelnen Fall ist — und dabei scheinen große individuelle Schwankungen zu bestehen —, desto höher scheint auch der voraufgegangene Verbrauch

der vielkernigen Zellen gewesen zu sein, und desto mehr muß entsprechend dem erhöhten Zerfall derselben auch Fibrinogen und die Thrombokinase produziert worden sein, die nun ins Blut gelangt ist. Nach meinen Untersuchungen zu schließen, scheinen, wie oben bereits angedeutet, Hemmungskörper im Blutplasma vorhanden zu sein, welche das Fibrinferment oder vielleicht schon die Thrombokinase paralysieren. Aus letzterem Grunde wird bei der normalen Schwangerschaft trotz erhöhten Zerfalls von Leukozyten und trotz erhöhter Produktion von Thrombokinase der Körper keinen Schaden zu nehmen brauchen, um so mehr, als auch normalerweise bei der Schwangerschaft jedesmal nur wenig verbrauchte Leukozyten vom intervillösen Raum aus langsam und allmählich, jedenfalls aber nicht in größeren Mengen auf einmal, in den venösen intakten Blutkreislauf, d. h. in die Vena hypogastrica, spermatica und cava eintreten werden. Das Fibrinogen wird in den kleinen Mengen, wie es durch den Leukozytenzerfall bei der normalen Schwangerschaft erzeugt wird, jedenfalls auch noch in ganzer Menge durch die Leber in kleinmolekuläre harnfähige Stoffe gespalten und durch die Niere ausgeschieden. Daher bleibt die schwangere Frau im allgemeinen gesund.

Bei der Mehrzahl der Erstgeschwängerten und bei Zwillingen und auch noch etwa bei der Hälfte der Mehrgebärenden aber ist eine ausgesprochene Hyperleukozytose nachweisbar. Es treten deshalb infolge des erhöhten Verbrauchs der offenbar weniger resistenten Leukozyten auch reichlichere Mengen von Leukozytenabfallstoffen, d. h. Fibrinogen und Thrombokinase, aus dem intervillösen Blutraum in den allgemeinen Kreislauf. Für gewöhnlich aber scheint die Thrombokinase auch in diesen größeren Mengen noch unschädlich gemacht zu werden, wahrscheinlich weil es eben hier sich ganz allmählich dem Blute beimengt und in diesem jedesmal nur in ganz geringen Mengen durch die im Blutplasma vorhandenen Hemmungskörper schließlich unschädlich gemacht wird. Das aber zugleich freiwerdende Fibrinogen kann jedoch, wie Tierexperimente von Schmorl einwandsfrei ergeben haben, schon in relativ kleinen Dosen das Endothel der Kapillaren schädigen, so daß die Gefäße nunmehr für Blutwasser durchgängig werden und Ödeme in diesen Gewebsbezirken entstehen. Insonderheit dürfte dasjenige Organ in erster Linie bei einer zu großen Zufuhr des giftigen Globulins, des Fibrinogens, in Mitleidenschaft gezogen werden, das unter normalen Verhältnissen berufen ist, das Fibrinogen zu entgiften: das ist die Leber. Für gewöhnlich fließt nämlich das Fibrinogen, das unter normalen Verhältnissen nur bei dem Verdauungsprozeß durch den physiologischen Leukozytenzerfall sich in größeren Mengen in den Wurzeln der Pfortader bildet, in ganzer Menge durch die Pfortader zur Leber, um dann vom Leberparenchym durch Oxydationsprozesse in kleinere Moleküle gespalten und als harnfähiger Stoff durch die Niere ausgeschieden zu werden. Bei der Schwangerschaft aber kann offenbar das durch physiologischen Leukozytenzerfall im Blut freiwerdende Fibrinogen nur durch das Vas nutriens, durch die Arteria hepatica der Leber zugeführt werden. Es gelangt auf diesem Wege in das innig feine Kapillarnetz, das dem Leberparenchym Nährsubstanzen bringt und direkt zwischen den Leberparenchymzellen verläuft. Wie groß deshalb die Gefahr ist, daß das Parenchym geschädigt werden kann, liegt auf der Hand. Die sogenannten, noch in physiologischen Grenzen sich haltenden Schwangerschaftsbeschwerden sind nach Dienst nichts weiter als Stoffwechselstörungen, die durch die ungünstige Wirkung des Fibrinogens auf das Leberparenchym ihre Erklärung finden. Sind aber erst die Fibrinogenmengen in diesem Kapillarblut in reichlicheren Mengen vertreten, so ist damit die Gefahr einer serösen Trans-



sudation in das Leberparenchym und damit eine schwere Funktionsstörung der Leber heraufbeschworen. Diese Gefahr wird bei dem täglichen Mehrbedarf an Leukozyten mit jedem Tage der Schwangerschaft größer und wird offenbar zur Zeit der höchsten Inanspruchnahme der Leukozytenkörper, d. h. zur Zeit der Geburt, den höchsten Grad erreichen. Diese Zustände aber werden bei besonders leukozytenreichen Schwangeren schon in früherer Zeit der Schwangerschaft eintreten müssen. Und zu diesen Frauen scheinen ja nach dem Gesagten die später von der Schwangerschaftsniere oder von der Eklampsie Heimgesuchten zu gehören.

Wenn aber erst die Leber durch das infolge des physiologischen Leukozytenzerfalls in der Schwangerschaft freigewordene Fibrinogen in dieser Weise geschädigt ist, wird dadurch auch ein Circulus vitiosus schlimmster Art für eine weitere Ansammlung des Fibrinogens selbst entstehen können. Anstatt daß die Leber das durch die Verdauung entstehende Fibrinogen in geringer Menge in kleinmolekuläre harnfähige Stoffe spaltet, kann sie hier infolge des bereits erlittenen Schadens ihre globulinspaltende Funktion auch nach dieser Richtung hin nunmehr nur noch unvollständig erfüllen. Die Folge davon wird sein, daß nicht allein die durch die Schwangerschaftshyperleukozytose entstehenden Globuline zum Teil wenigstens ungespalten in den allgemeinen Blutkreislauf durch die Venae hepatice gelangen, sondern auch noch wenigstens zum Teil das durch die Verdauungshyperleukozytose entstehende Fibrinogen. Ist aber erst dieser Circulus vitiosus geschaffen, so werden die abnormerweise und jetzt in größeren Mengen ins Blut gelangenden giftigen Globuline ihre gefäßendothelschädigende Wirkung überall dort entfalten, wohin sie mit dem Blutstrom kommen. Es wird schließlich zur serösen Transsudation nicht nur in allen parenchymatösen Organen, wie besonders der Niere, kommen, sondern auch in der Haut und im Unterhautzellgewebe.

Durch die plötzliche Einschaltung zahlreicher Widerstände in den Kreislauf infolge der in den verschiedensten Organen sich etablierenden Thromben wird endlich der Gehirndruck derartig ins Schwanken geraten, daß entsprechend dem Ergebnis experimenteller Studien über den schnell wechselnden Gehirndruck bei Tieren, der Körper dadurch in konvulsivische Zuckungen geraten wird. Das Bild der Eklampsie, durch die typischen Konvulsionen charakterisiert, ist fertig.

Felländer (82) hat die mehrfachen Arbeiten nachgeprüft, welche auf Grund von Tierexperimenten die anaphylaktische Natur der Puerperaleklampsie behaupteten. Der anaphylaktische Prozeß soll nach diesen Arbeiten so zustande kommen, daß Eiweißkörper von Plazenta, Fötus oder Fruchtwasser her durch Übergang in den Organismus der Mutter anaphylaktische Reaktionskörper hervorriefen, worauf ein nachfolgender Import ähnlicher Substanz einen anaphylaktischen Chok hervorriefe, dem eklamptischen Krankheitsanfall entsprechend.

Aber Felländers Versuche sind negativ ausgefallen. Es ist ihm nicht gelungen, Meerschweinchen mit Plazentarextrakt, Fötusserum oder Milch von demselben Tier zu sensibilisieren.

Ebensowenig ist es ihm gelungen, durch Eklampsieserum Meerschweinchen für Fruchtwasser oder Plazentarextrakt vom Menschen passiv zu sensibilisieren.

Kurz, Felländers Untersuchungen an Meerschweinchen haben keine Stütze für die Annahme gewährt, daß die Eklampsie ein anaphylaktischer Prozeß sei, hervorgerufen durch Import gelöster Eiweißkörper von Fötus, Plazenta oder Fruchtwasser her in den Organismus der Mutter.

In dem einen Eklampsiefalle **Martin's** (176) wurde in die eine Brust so viel Sauerstoff aus einer gewöhnlichen Sauerstoffbombe unter ganz geringem



Druck infundiert, bis über beide Brüste und Arme deutliches Emphysem zu fühlen war. Die Anfälle hörten sofort auf, der Zustand der Frau besserte sich andauernd. In einem zweiten Falle sah Martin von dem Sauerstoff keinen Einfluß.

Dienst (66), der uns schon 20—30 Beiträge zur Eklampsiefrage geschenkt hat, glaubt seine neuesten Untersuchungen vor der endgültigen Veröffentlichung durch eine vorläufige Mitteilung zugänglich machen zu müssen. Gegen die Unsitte der „vorläufigen Mitteilungen" angesichts der sich täglich steigernden Hochflut der Literatur kann gar nicht genug Stellung genommen werden. Deshalb benütze ich auch diese berichtende Stelle, um diese vorläufige Mitteilung als unnötig zu bezeichnen.

Kosmak (146): Bemerkungen über die operative Behandlung der Schwangerschaftseklampsie.

Nach **Krösing's** (147) Untersuchungen ist eine geringe, aber deutliche Vermehrung des Fibrinogens, sowohl ante partum als nach abgelaufener Eklampsie im Wochenbett vorhanden.

Nach **Drennan** (68) entzieht der Fötus der Mutter Kalziumsalze, was zur Fettinfiltration der mütterlichen Leber führt.

Murray (192): Allgemeine Betrachtungen über die Toxintheorie der Schwangerschaftseklampsie.

Nach dem günstigen Ausgang eines Eklampsiefalles würde **Franz** (91) in einem derartigen Falle wiederum die Edebohlssche Operation ausführen.

Die Schwierigkeit liegt vorläufig in der Indikationsstellung bezüglich der Wahl des Zeitpunktes und der Vorbedingungen zur Ausführung des Eingriffes. Die Dekapsulation vor der Entbindung in der Schwangerschaft oder der Geburt ist nicht angezeigt, da die Giftquelle, die nach unseren heutigen Anschauungen zur Eklampsie führt, bis zur Entleerung der Gebärmutter weiterbesteht.

Auch unmittelbar nach der Geburt oder Entbindung ist die Operation verfrüht, da doch erst der Effekt der Uterusentleerung abgewartet werden soll. Wird anderseits bei Fortdauer der Eklampsie nach der Entbindung der Eingriff allzulange hinausgeschoben, so ist der Erfolg zweifelhaft, da bereits irreparable Organveränderungen vorhanden sein können.

Langdauernde, wiederholte Anfälle, Koma, Herzalterationen, Zyanose allein können noch keine Anzeige geben, sondern die Dekapsulation soll vorläufig nur in jenen Fällen ausgeführt werden, wo neben andern toxischen Erscheinungen die Nierenfunktion daniederliegt. Puerperale Oligurie oder vorübergehende Anurie ohne Anfälle oder Koma geben im allgemeinen eine günstige Prognose.

In **Turtle's** (263) Falle starb das Kind unter Krämpfen 38 Stunden nach der Geburt. Die Mutter genas von der post partum = Eklampsie.

In Schottland ist merkwürdigerweise die Eklampsie der Schwangeren häufiger als im übrigen Großbritannien und als in den meisten Ländern der Erde. **Johnstone** (136) verbreitet sich aus reicher Erfahrung besonders über die Fälle von post partum = Eklampsie und teilt sie in zwei Klassen:

1. Diejenigen innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Entbindung, welche durch Plazentafermente bedingt seien,

2. die später auftretenden, durch Fermente bedingten, welche aus dem sich rückbildenden Uterus stammen.

Alexander (8) gibt die Krankheitsgeschichten von 38 Schwangerschaftseklampsien wieder.



Das Vorkommen von Eklampsie bei Blasenmole ohne Fötus ist selten. **Sitzenfrey** (241) veröffentlicht den dritten, überhaupt bekannten einschlägigen Fall, in welchem die großzystische Blasenmole eine scheinbare zirka 250 ccm Flüssigkeit enthaltende Eihöhle zeigte, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Riesenblase erwies, entstanden durch hydropische Degeneration eines größeren Zottenstammes. Auch vorliegender Fall spricht gegen die allgemeine Geltung der fötalen Eklampsietheorie, ohne jedoch besondere Rückschlüsse zugunsten der plazentaren Theorie zu gestatten.

Zangemeister (279) vertritt die Ansicht, daß die Eklampsie eine Art Reflexepilepsie ist und zum mindesten der letzte Anstoß für den Ausbruch der Erkrankung auf nervös reflektorischer Basis beruht. Auch bei der Eklampsie handle es sich wahrscheinlich um ein prädisponiertes Gehirn, auf das ein unbekanntes Agens anämisierend wirkt. Zangemeister hat versucht, bei schwerster Eklampsie durch Trepanation den Zustand zu beeinflussen und fand starke Gehirndruckerhöhung infolge hochgradigen Ödems des Gehirns. Er hält es für möglich, daß die Eklampsie die Folge eines bestehenden Hirnödems ist, wodurch das Gehirn nicht imstande ist, die durch die Wehen reflektorisch verursachten Druckschwankungen zu regulieren. Zangemeister rät, bei schwersten Fällen puerperaler Eklampsie die Trepanation zu versuchen. (*Bendix.*)

Jarzew (130) stellt eine mechanische Theorie der Eklampsie auf. Er nimmt an, daß die Schwangerschaft zu Alterationen der physikalischen Eigenschaften des Blutes führt (Anhäufung von Globulinen, Zunahme des Fibringehalts) und die Bewegung des Bluts besonders in den kleinsten Arterien und Kapillaren behindert. Es käme dadurch zu einer Stauung des Blutes im arteriellen System und zu einer Steigerung des Blutdrucks mit Reizung des vasomotorischen Zentrums. Es entstehe eine krampfhafte Kontraktur der Gefäße so lange, bis eine Erschöpfung des vasomotorischen Zentrums eintritt, und dieser Zustand wiederhole sich periodisch und rufe eine Ischämie hervor, welche zu den Erscheinungen der Eklampsie mit Konvulsionen, Koma und zu den degenerativen und nekrotischen Prozessen im Zentralnervensystem und in den parenchymatösen Organen führe. (*Bendix.*)

Goodall (107) hat mehrere Fälle beobachtet, wo vollständig gesunde Kinder, die von ihren eklamptischen Müttern genährt wurden, plötzlich ohne ersichtlichen Grund starben. Die Kinder bekamen plötzlich starke Zyanose der Extremitäten und Lippen mit Atemstörungen und Muskelstarre. Eklamptische Mütter dürfen wegen der Toxizität ihrer Milch ihren Säugling nicht nähren; das Gleiche gilt auch, wenn post partum Albuminurie fortbesteht. (*Bendix.*)

de Bovis (37) hebt hervor, daß Säuglinge eklamptischer Mütter häufig an Erscheinungen plötzlich erkranken, die der Eklampsie außerordentlich ähnlich sind. Es sei nicht unwahrscheinlich, daß in der Milch Eklamptischer toxische Stoffe zirkulieren, die eklamptische Anfälle auslösen. Man solle daher frühestens acht Tage nach dem letzten eklamptischen Anfall eklamptische Mütter nähren lassen. (*Bendix.*)

Benthin (24) stellte fest, daß der Blutzuckergehalt, der gewöhnlich in der Geburt ansteigt, bei der Eklampsie eine Verschiebung über den höchsten Grenzwert erfährt. Es scheint, daß der gesteigerten Funktion des muskulären Apparates ein Ansteigen des Blutzuckers häufig koordiniert ist. Es müßte noch untersucht werden, in wieweit andere Krampfzustände (Epilepsie, Delirium tremens, Hysterie) den Zuckergehalt im Blute beeinflussen. (*Bendix.*)



Chorea, Tetanie.

Ref.: Prof. Dr. M. Rosenfeld-Straßburg.

1. Alzheimer, Über die anatomische Grundlage der Huntingtonschen Chorea und der choreatischen Bewegungen überhaupt. Neurol. Centralbl. p. 891. **(Sitzungsbericht.)**
2. Antonescu, N. A., Un caz rar de chorea cronica progressiva. Spitalul. XXXI. 77—92.
3. Auerbach, Paul, Epithelkörperchenblutungen und ihre Beziehungen zur Tetanie bei Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 73. Ergänzungsheft. p. 193.
4. Aulde, J., Chorea (St. Vitus' Dance). Med. Times. XXXIX. 77. 104.
5. Ballet, Gilbert, Sur un cas de Chorée à récidives. Journal de Méd. et de Chir. prat T. LXXXI. 1910. No. 15. p. 570.
6. Bassi, A., Corea isterica e catatonia; considerazioni cliniche sui rapporti fra isterismo e demenza precoce. Ann. d. manic. prov. di Perugia. 1910. IV. 353—366.
7. Biedl, Artur, Zur Aetiologie der parathyreogenen Tetanie. Bemerkungen zur vorstehenden Arbeit von Fuchs. Centralbl. f. die ges. Physiol. No. 11. p. 444.
8. Bircher, Eugen, Ein Beitrag zur Tetania gastrica. Medizin. Klinik. No. 32. p. 1226.
9. Bliss, Raymond W., Die Untersuchungen der Epithelkörperchen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Säuglingstetanie. Zeitschr. für Kinderheilkunde. 2. Heft 6.
10. Derselbe, Parathyroid Glands, with Special Reference to Infantile Tetany. Arch. of Pediatrics. Nov.
11. Bonnafoux, A., Les syndromes choréiques d'origine méningo-corticale. Thèse de Montpellier.
12. Bossi, L. M., Chorea genitalen Ursprungs. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 49. p. 1666.
13. Brandenstein, Hedwig v., Zur Kasuistik der Epithelkörperchenblutung bei Tetania infantum. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
14. Bregman, L. E., Zum Verhalten der Sehnenreflexe bei Chorea minor. Neurol. Centralbl. No. 22. p. 1298.
15. Brewster, Rex C., A Case of Tetany in Pyloric Obstruction. Brit. Med. Journal. I. p. 440. **(Sitzungsbericht.)**
16. Brissaud, La corea variabile nei degenerati. Med. nuova. II. 115. 140. 154.
17. Brizé, Les chorées persistantes. Thèse de Montpellier.
18. Brown, W. H., A Case of Tetania parathyroireopriva. Australas. Med. Gaz. 1910. XXIX. 618.
19. Buchanan, R. J. M., Rheumatic Fever and Chorea. Brit. Med. Journal. I. p. 812. **(Sitzungsbericht.)**
20. Buettner, Ein dem Beinphänomen der echten Tetanie in seinem klinischen Aussehen gleichendes, vielleicht richtiger als Psudobeinphänomen zu bezeichnendes Symptom in einem Falle von Pseudotetania hysterica. Wiener klin. Woch. No. 5.
21. Camisa, Bakteriologische Untersuchung des Blutes der Chorea minor-Kranken. Centralbl. f. Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. 57. S. 19.
22. Cardarelli, A., Emicorea postemiplegica di natura isterica. Studium. IV. 9—19.
23. Carlson, A. J., and Jacobson, Clara, Further Studies on the Nature of Parathyroid Tetany. The Amer. Journ. of Physiology. Vol. XXVIII. No. III. p. 133.
24. Carrison, Endemic tetany in the gilgit valley. The Lancet. Juni. S. 1575.
25. Cassard, S., De la recherche des syndromes pyramidaux et cérébelleux dans la chorée de Sydenham. Gaz. méd. de Nantes. XXIX. 221. 241.
26. Claude, Athetose fruste. Rev. gén. de clin. et de thérap. XXV. 167.
27. Conos, B., A propos d'un cas d'hémichorée post-hémiplégique gauche avec lésion homolatérale du noyau lenticulaire. L'Encéphale. No. 2. p. 155.
28. Coombs, C. F., The Nature and Treatment of Chorea. Bristol Med.-Chir. Journ. XXIX. 51—67.
29. Crouzon et Laroche, Un cas de Chorée chronique non progressive ayant débuté dans l'enfance. Revue neurol. I. S. p. 654. **(Sitzungsbericht.)**
30. Damaye, Henri, Autopsie de deux cas de Chorée chronique avec troubles mentaux à la période démentielle. Revue de Psychiatrie. 1909. T. XIII. No. 11. p. 621.
31. Diedendorf, Allen Ross, Acute Chorea Characterized by Motor, Physical and Mental Symptoms. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 679. **(Sitzungsbericht.)**
32. Dubois, J., Contribution à l'étude de la choreé sans hérédité. Thèse de Toulouse.
33. Ebstein, Erich, Über ein ungewöhnliches Syndrom der Tetanie beim Erwachsenen. Medizin. Klinik. No. 39. p. 1496.
34. Eichhorst, Hermann, Ueber Chorea senilis. Medizin. Klinik. No. 8. p. 289.
35. Ennen, Dirk, Ein Beitrag zur Casuistik der Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche, degenerative Chorea). Inaug.-Dissert. Kiel.



36. Falta, W., und Kahn, F., Tetania viscerum. Medizin. Klinik. No. 46. p. 1775.
37. Dieselben, Klinische Studien über die Tetanie mit besonderer Berücksichtigung des vegetativen Nervensystems. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 74. H. 1—2. p. 108.
38. Fernando, M., Sopra un caso di corea secondaria ad intossicazione saturnina cronica; nota clinica. Clin. med. ital. I. 313—317.
39. Fiedler, Erich, Zur Symptomatologie der Chorea Huntington. Inaug.-Dissert. Kiel.
40. Fischl, R., Seltenere Erscheinungsformen der infantilen Tetanie. Therap. d. ärztl. Praxis. 1910. I. 283—291.
41. Frank, E., Zur Lehre der Tetania gravidarum. Monatsschr. für Geburtshilfe und Gynäk. Bd. 32. H. 4.
42. Freund, Tetanieähnliche Krämpfe bei anämischen Zuständen. Prager med. Wochenschr. 1910. No. 41.
43. Fuchs, Alfred, Zur Aetiologie der epidemischen Tetanie. Centralbl. f. die ges. Physiol. No. 11. p. 441.
44. Derselbe, Analogien im Krankheitsbilde des Ergotismus und der Tetanie. Wiener mediz. Wochenschr. No. 29—31. p. 1853. 1920. 1974. Wien. Moritz Perles.
45. Fusco, V., Corea ed infezione palustre. Gazz. degli Ospedali. XXXII. No. 41. p. 435—437.
46. Goria, C., Corea preemiplegica. Riv. ital. di Neuropat. 4. 543.
47. Grabow, Carl, Über 8 Fälle von Tetanie im Kindesalter. Inaug.-Dissert. Kiel.
48. Grandjean, Zwei Fälle von Tetania gastroenterica. Neurol. Centralbl. p. 1078. (Sitzungsbericht.)
49. Greene, Ralph N., Huntingtons Chorea. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1842. (Sitzungsbericht.)
50. Grosser, P., und Betke, R., Epithelkörperchen-Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Tetania infantum. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. I. H. 5—6. p. 458.
51. Guerrieri, M., Caso di chorea minor curato con iniezioni endovenose di sublimato ed iniezioni ipodermiche di argento colloidale elettrico; studii sulla ricerca del microorganismo specifico. Corriere san. 1910. XXI. 795—797.
52. Guizzetti, P., e Camisa, G., Quinto contributo all' anatomia patologica della corea infettiva con due nuovi casi mortali. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 27. fasc. 1—2. p. 266.
53. Guleke, Experimentelle Untersuchungen über Tetanie. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 94. H. 3. p. 496.
54. Haberfeld, Walther, Die Epithelkörperchen bei Tetanie und bei anderen Erkrankungen. Virchows Archiv f. patholog. Anatomie. Bd. 203. H. 2—3. p. 282. 321.
55. Haskins, H. D., and Gerstenberger, H. J., Calcium Metabolism in a Case of Infantile Tetany. Journ. of Experim. Med. XIII. 314—318.
56. Heinel, Walter, Klinisches Bild der Chorea minor nebst Komplikationen nach den Krankengeschichten der Leipziger medizinischen Klinik. Inaug.-Dissert. Leipzig.
57. Hell, Ferdinand, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Huntingtonschen Chorea. Inaug.-Dissert. Kiel.
58. Heller, Trophische Veränderungen bei einem Falle von Chorea. Wiener klin. Wochenschr. p. 1178. (Sitzungsbericht.)
59. Hesnard, Les complications psychiques habituelles des chorées aiguës. Arch. de méd. et pharm. navales. No. 7. p. 19—37.
60. Heubner, O., Pseudochorea und Kleinhirnaplasie. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 212 bis 217.
61. Hirschfeld, Hanna, und Hirschfeld, Ludwig, Über vasokonstringierende Substanzen im Serum bei Rachitis, Tetanie und exsudativer Diathese. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1660.
62. Dieselben, Ueber vasokonstriktorische Substanzen im Serum bei Rachitis, Tetanie und exsudativer Diathese. (Entgegnung auf die kritischen Bemerkungen des Herrn Samelson in No. 34 dieser Wochenschr.) ibidem. No. 37. p. 1971.
63. Hochsinger, Karl, Fazialisphänomen und jugendliche Neuropathie. Wiener klin. Wochenschr. No. 43. p. 1487.
64. Hutinel, La corea di Sydenham è una encefalopatia curabile. Reforma medica. XXVII. No. 1. p. 32—34.
65. Derselbe, La conception moderne de la Chorée. La Pédiatrie pratique. p. 242—247.
66. Ibrahim, J., Über respiratorische Affektkrämpfe im frühen Kindesalter (das sogenannte „Wegbleiben“ der Kinder). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 3. p. 388.
67. Derselbe, Über Tetanie der Sphinkteren, der glatten Muskeln und des Herzens bei Säuglingen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 41. H. 4—6. p. 436.



68. Iselin, Untersuchungen über die Folgen der operativen Entfernung der Epithelkörperchen bei jugendlichen Tieren und über die Leistungsfähigkeit der Epithelkörperchenverpflanzung bei bereits ausgebildeter Tetanie. Vierte Vers. der schweiz. Neurologen 12. und 13. November 1910. Cit. nach Neurol. Centralbl. S. 221.
69. Jamin, Über Spasmophilie. Neurol. Centralbl. p. 895. **(Sitzungsbericht.)**
70. Jaureguiberry, F., et Abely, Chorée, rhumatisme, endocardite. Toulouse médicale. p. 215.
71. Jödicke, Fall von Huntingtonscher Chorea. Neurol. Centralbl. p. 518. **(Sitzungsbericht.)**
71a. Jolly, Zur Lehre von der Chorea minor und den Chorea-Psychosen. Wiener klin. Wochenschr. No. 29.
72. Jörgensen, Gustav, Über die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Glandulae parathyreoideae für die Pathogenese der infantilen Tetanie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. X. No. 3. p. 154. und Ugesk. f. Laeger. 1910. LXXII. 1641—1648.
73. Jovane, A., e Vaglio, R., Tetania e insufficienza paratiroidea; ricerche sperimentali. Pediatria. 1910. 2. s. VIII. 816—831.
74. Karlson and Jacobson, Klara, Further Studies on the nature of parathyroid tetany. American Journal of physiology. Vol. XXVIII. June 1.
75. Kaspar, Die Krampfzustände im Säuglingsalter (Laryngospasmus—Tetanie—Eklampsie). Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1846. **(Sitzungsbericht.)**
76. Kehrer, Ursache und Behandlung der Graviditäts- und Laktationstetanie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1336.
77. Klein, Mlle, De la tétanie dans l'état puerpéral. Thèse de Paris.
78. Koplik, Henry, Tetany and the Spasmophile Tendency in Infancy and Childhood. Medical Record. Vol. 80. No. 12. p. 559.
79. Krabbel, Zur Behandlung der Tetania parathyreopriva mit Ueberpflanzung von Epithelkörperchen. Bruns Beitr. zur klin. Chir. Bd. 72. H. 2. p. 505.
80. Ladame, Paul L., Suicide et chorée de Huntington. L'Encéphale. No. 11. p. 422.
81. Landauer, Tetanie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1821.
82. Langmead, F., Tetany and Dilatation of the Colon. Clinical Journal. Aug. 2.
83. Longo, A., Calcio e spasmofilia infantile (a proposito della ipotesi di Stölzner sulla patogenesi della tetania dei bambini). Policlin. 1910. XVII. sez. med. 495—514.
84. Lorenz, W. F., Two Cases of Huntingtons Chorea with Spinal Fluid Findings. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 13. p. 941.
85. Luger, Alfred, Ein Fall von Tetanieepilepsie. Wiener klin. Wochenschr. No. 17. p. 604.
86. Lust, F., Das Peroneusphänomen — ein Beitrag zur Diagnose der Spasmophilie (Tetanie) im Kindesalter. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 32. p. 1709.
87. Mager, Fall von Tetanie. Wiener klin. Wochenschr. p. 732. **(Sitzungsbericht.)**
88. Mapother, E., Mental symptoms in association with choreiform disorders. Journ. of ment. science. 57. No. 239.
89. Margulies, P. S., Zur pathologischen Anatomie der Chorea chron. progr. Korsakoffsches Journ. 1910. Roth-Festschrift.
90. Marek, Richard, Ueber einen Fall von Tetanie nach Adrenalininjektionen bei Osteomalazie. Wiener klin. Wochenschr. No. 18. p. 633.
91. Marfan, A. B., Constant Motor Symptom of Chorea: Dysdiadokokinesis. Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris. XIII. No. 3.
92. Martin, Gustave, Syndrome choréique dans un cas de Trypanosomiase humaine. Revue neurol. 2. S. p. 654. **(Sitzungsbericht.)**
93. Mc Carrison, Robert, Endemic Tetany in the Gilgit Valley. The Lancet. I. p. 1575. (of. No. 24.)
94. Meyer, Erich, Ueber die Behandlung der Graviditätstetanie mit Calciumsalzen. Therapeut. Monatshefte. No. 7.
95. Miller, R., The Nature and Symptoms of Chorea. St. Marys Hosp. Gaz. XVII. 51—56.
96. Mills, C. K., Hemichorea, Hemiataxia and Dilated Pupil, Probably Due to a Lesion Near the Nucleus Ruber. Ann. of Ophthalmol. XX. 65—71.
97. Miner, Charles, The Relation of Tuberculosis to Chorea, Hyperthyroidism and Pharyngeal Hyperplasia. Medical Record. Vol. 80. p. 698. **(Sitzungsbericht.)**
98. Moffit, Herbert C., Tetany in Adults. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 6. p. 452.
99. Möller, Heinrich, Zur Lehre von den Epithelkörperchen. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 16—17. p. 578. 605.
100. Monnier, Considérations sur les chorées chroniques, des relations cliniques et la chorée Sydenham. Thèse de Paris.



101. Morel, Louis, Parathyroides, tétanie et traumatisme osseux. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 17. p. 749.
102. Mumorzeff, A., Zwei Fälle von chronischer progressiver Chorea. Revue f. Psych. (russ.) 16. 216 (261).
103. Myles, C. W. Chester, Tetany with an Illustrative Case. The Dublin Journal of Medical Science. 3. S. May. p. 328.
104. Negro, C., Un caso di „malattia di Gilles de la Tourette". Riv. neuropat. III. 346—352.
105. Niessl-Mayendorf, v., Hirnbefunde bei Chorea chronica. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2091. **(Sitzungsbericht.)**
106. Nigris, E. de, Un raro caso di corea di Huntington. Cron. d. manic. di Teramo. 1910. XVIII. 4—6.
107. O'Day, J. C., Gastric Tetany. Northwest Med. n. s. III. 168—171.
108. Oppenheimer, B. S., The Pathological Findings in the Parathyroids in a Case of Infantile Tetany. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLI. No. 4. p. 558.
109. Pexa, Experimenteller Beitrag zur Forschung über die Tetanie des Kindesalters. Arch. für Kinderheilkunde. Bd. 54. H. 1—3.
110. Phleps, Über den Spätverlauf der Tetanie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1322. **(Sitzungsbericht.)**
111. Pighini, Giacomo e Alzina y Melis, Juan, Ricerche sul metabolismo nella corea di Huntington. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 3. p. 757.
112. Plazotta, Eugen, Untersuchungen an Epithelkörperchen bei verschiedenen Krankheiten. Inaug.-Dissert. München.
113. Polozker, J. L., Chorea Minor. Journal of the Michigan State Med. Soc. April.
114. Pool, Eugene H., Das Bein- und Armphänomen bei Tetanie. Neurolog. Centralbl. No. 3. p. 131.
115. Quest, Zur Aetiologie der spasmophilen Diathese. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 9. Heft. 1.
116. Reiche, Verschiedene Formen der Athetose. Berl. klin. Wochenschr. 1912. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
117. Reiss, Emil, Zur Erklärung der elektrischen Reaktion bei Spasmophilie. Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. III. H. 1. p. 1.
118. Remus, Alexander, Die Aetiologie der Chorea minor. Inaug.-Dissert. Berlin.
119. Ribo, Les troubles mentaux dans la chorée de Huntington. Thèse de Paris.
120. Richardière, Lemaire, J., et Sourdel, M., Note sur la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la chorée chez les enfants. Bull. Soc. de péd. de Paris. XIII. 111—123.
121. Rocaz, Traitement de la chorée par les injections sous-arachnoidiennes de sulfate de magnésie. Journ. méd. de Bordeaux. 16. Juli.
122. Roden, A., Note on a case of chorea treated by thyroid extract. Lancet. 29. Oktober.
123. Saar, v., Entnahme und Methodik der Implantation von Epithelkörperchen. Wiener klin. Wochenschr. p. 1322. **(Sitzungsbericht.)**
124. Saiz, Tetanie mit epileptiformen Anfällen und Psychose. Berl. klin. Wochenschr. No. 6.
125. Samelson, S., Über vasokonstringierende Substanzen im Serum bei Rachitis, Tetanie und exsudativer Diathese. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1826.
126. Sanz, E. Fernández, Tres casos de corea crónica. Revista de Medicina y Cirurgia práct. p. 161.
127. Schiffer, Fritz, Über familiäre chronische Tetanie. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73. H. 5. p. 601.
128. Schilder, Paul, Über Chorea und Athetose. 1. Mitteilung. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII. H. 3. p. 220.
129. Schultze, Friedrich, Über myotonische Erscheinungen bei Tetanie. Neurol. Centralbl. p. 761. **(Sitzungsbericht.)**
130. Derselbe, Über das Verhalten der mechanischen Muskelerregbarkeit bei der Tetanie und das Zungenphänomen (nebst Bemerkungen über die Wirkung der Epithelkörpersubstanz). Münch. Mediz. Wochenschr. No. 44. p. 2313.
131. Scott, G. D., Etiology and Treatment of Chorea in Children. Med. Times. XXXIX. 161—163.
132. Shanahan. W. T., Chorea. Mod. Treatment (Hare). II. 652—655.
133. Silvestri, T., Teoria paratiroidea della corea volgare. Clin. med. ital. 1910. XLIX. 615—619.
134. Derselbe, Corea del Sydenham e tiroide. ibidem. 832—839.
135. Derselbe, A proposito della teoria paratiroidea della corea volgare. ibidem. I. 83.
136. Skene, Tetany following an accidental overdose of thryroid extract. Brit. med. Journ. 1910. 12. Nov.



137. Sterling, W., Ein Fall von Hemichorea senilis. Neurologja Polska. Bd. II. H. 4.
138. Derselbe, Ueber einen Fall von Chorea mollis kompliziert mit Sprach- und Sehstörungen. ibidem. Bd. II. H. 2.
139. Stheeman, H. T., Een geval van chorea bij een zuigeling na mazelen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. 618—621.
140. Stuckenberg, Sophie, Über einen Fall von chronischer Tetanie mit Epithelkörperbefund. Inaug.-Dissert. Berlin.
141. Tanberg, A., Glandula parathyreoidea og dens for hold til akut og kronisk tetani. Forh. med. Selsk. i Kristiania. 1910. 34.
142. Thorspecken, O., Magenuntersuchungen bei kindlicher Tetanie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. X. No. 8. p. 429.
143. Triboulet, H., et Harvier, Spasme de la glotte; manifestation unique de tétanie. Ann. de Méd. et Chir. infant. Nov. 15.
144. Valdameri, Angelo, Di un nuovo momento etio-patogenetico della tetania nell' infanzia. Gazz. med. lombarda. No. 42. p. 411.
145. Vogt, Alfred, Tetaniekatarakt nach Strumektomie. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 20. p. 695.
146. Weber, F. Parkes, A Note on „Sensory Tetany", „Vasomotor Tetany", Acroparesthesia and Raynauds Symptoms. Brit. Med. Journal. I. p. 434.
147. Weinfurter, Tetanie mit epileptischen Anfällen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1678.
148. Wiener, H., Ueber die Art der Funktion der Epithelkörperchen. Wiener klin. Wochenschr. p. 190. **(Sitzungsbericht.)**
149. Wilcox, H. B., Diagnosis of Infantile Tetany. Amer. Journ. of Disease of Children. June.
150. Wrede, Tetanie nach Strumaoperation. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2771. **(Sitzungsbericht.)**
151. Zappert, J., Rückenmarksuntersuchungen bei Tetanie. Monatschr. f. Kinderheilk Originale. Bd. X. No. 5. p. 261.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen lassen es als wahrscheinlich erscheinen, daß die choreatische Bewegungsstörung namentlich dann auftritt, wenn Erkrankungsherde sich im Corpus striatum und in der Regio subthalamica finden. Experimentelle Untersuchungen suchen die Beziehungen zwischen den Funktionen der Epithelkörperchen einerseits und den Nebennieren und Schilddrüsen andererseits zu klären. Die pathologisch-anatomischen Befunde in den Epithelkörperchen bei Tetanie sind sehr geringfügige und werden von manchen Untersuchern als nicht charakteristisch bezeichnet. Die Theorie der Kalziumverarmung bei Tetanie wird nicht ganz abgelehnt; sie erklärt aber nicht die Gesamtheit der Symptome. Epithelkörperchenverlust soll nicht nur Tetanie, sondern auch Störungen im Knochenwachstum verursachen. In der Symptomatologie der Tetanie werden betont die Symptome, welche auf Störungen im sympathischen Nervensystem zurückzuführen sind und namentlich die mit tetanischen Krämpfen vorkommenden epileptischen Anfälle. In einem Fall wurde typische Tetanie nach Adrenalinbehandlung beobachtet.

Alzheimer (1) berichtet über die anatomische Grundlage der Huntingtonschen Chorea. Es lassen sich stets Veränderungen in der Hirnrinde nachweisen. Strittig erscheint nur, ob daneben auch eine Entwicklungshemmung der Hirnrinde festzustellen ist. Die Rindenerkrankung als solche ist nicht als Ursache der choreatischen Bewegungsstörung anzusehen. Bei der Huntingtonschen Chorea finden sich auch in anderen Gehirnteilen schwere Degenerationsvorgänge, so z. B. im Corpus striatum, im Nucleus caudatus sowohl wie im Nucleus lentiformis. Die Huntingtonsche Chorea ist anzusehen als ein degenerativer Prozeß am Nervengewebe der Hirnrinde, ferner aber auch am Corpus striatum und der Regio subthalamica. Auch in zwei Fällen von Chorea rheumatica fanden sich Veränderungen in den ebengenannten Teilen des Zentralnervensystems.

Auerbach (3) hat auf der Magdeburger Säuglingsabteilung an einem größeren Material auch Epithelkörperchenblutungen bei Kindern, namentlich



bei tetaniekranken Kindern beobachtet. Blutungen in den Epithelkörperchen sind ein häufiger Befund im Säuglingsalter (76%), und zwar sowohl bei spasmophilen als bei normalen Kindern. Die Geburtsasphyxie kann in einem Teil der Fälle als Ursache der Blutung anerkannt werden. Nachblutungen sind ein häufiger Befund, ebenfalls Zysten, von denen ein Teil auf Blutungen zurückgeführt werden kann. Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Epithelkörperchenblutungen und der Kindertetanie kann nicht als erwiesen gelten.

Bossi (12) teilt einen Fall von symptomatischer Chorea mit psychischen Störungen mit, der nach Beseitigung schwerer Endometritis sehr schnell heilte. (*Bendix.*)

Bregman (14) hat ein von Gordon im Jahre 1901 beschriebenes Symptom bei Chorea genauer nachgeprüft. Gordon hat beobachtet, daß bei Prüfung des Patellarreflexes in horizontaler Rückenlage bei möglichster Entspannung der Muskeln der infolge der Quadrizepszuckung erhobene Fuß nicht sofort herabsinkt und eine Weile gehoben bleibt. Bregmann bezeichnet diesen veränderten Patellarreflex als tonischen Reflex, er war am häufigsten in den mittelschweren Fällen von Chorea zu beobachten. In einem sehr schweren Falle, in welchem die Patellarreflexe zunächst fehlten, trat der tonische Reflex in der Rekonvaleszenz auf. Der Reflex kann vielleicht zur Differentialdiagnose zwischen echter Chorea und Hysterie verwendet werden.

Camisa (21) konnte aus dem Blut von neun Choreakranken sechsmal Diplostreptokokken züchten. Die Kranken wurden mit intravenösen Sublimatinjektionen behandelt und gebessert.

Ennen (35) teilt zwei Fälle von Chorea chronica progressiva mit, deren Symptomatologie kein weiteres Interesse beansprucht. In einem Falle fehlte die direkte Heredität, im zweiten Falle war sie nachweisbar.

Ebstein (33) berichtet über einen 31 Jahre alten Mann, der infolge von Spätrachitis Oberschenkelbrüche gehabt hat. Die bei ihm aufgetretene akute Tetanie wird als eine Folge der Rachitis tarda aufgefaßt.

Eichhorst (34) teilt einen Fall von Chorea senilis mit Sektionsbefund mit. Es handelt sich um einen 80jährigen Mann. Die anatomische Untersuchung ergab keine abnormen Befunde. Der Nachweis von Bakterien konnte nicht erbracht werden. Das nicht seltene Vorkommen einer Hemichorea senilis verdient Beachtung. Es soll sich eine ausgesprochene Bevorzugung der linken Körperhälfte nachweisen lassen.

Falta und **Kahn** (37) teilen Untersuchungen mit, aus denen hervorgeht, daß im akuten Stadium der Tetanie die Übererregbarkeit gegen gewisse chemische Reize auf das ganze vegetative Nervensystem sich erstreckt, und daß zahlreiche, bisher wenig beachtete Symptome an den Erfolgsorganen der vegetativen Nerven auftreten können, welche auf einen erhöhten Erregungszustand in diesen Nerven zurückzuführen sind. Die Verfasser kommen zu folgenden Resultaten. Die Symptome der Tetanie beruhen hauptsächlich auf Zuständen der Übererregbarkeit des Nervensystems, der Sitz der gesteigerten Erregbarkeit ist die Ganglienzelle, von der aus sich die Erregung dem ganzen Nerven mitteilt. Außer den motorischen, sensiblen und sensorischen Nerven sind auch die vegetativen Nerven im akuten Stadium übererregbar. Diese Übererregbarkeit des zuletzt genannten Nervensystems ist sowohl eine mechanische wie eine chemische (Adrenalin, Pilokarpin). Als Symptome der gesteigerten Erregbarkeit der vegetativen Nerven sind aufzufassen: Verstärkte Herzaktion, Gefäßspasmen, angiospatische Ödeme, Ziliarmuskelkrämpfe. Hypersekretionen von Schweiß, Speichel, Tränen, Magen- und Darmsekreten, spastische Zustände am Magen, vorübergehende



Leukozytosen und Störungen der Wärmeregulation. Es bestehen ferner Störungen des intermediären Stoffwechsels. Im akuten Stadium der Tetanie ist die Ammoniakausscheidung meist relativ und absolut vermehrt. Der Peptid-N ist in allen Versuchen oft sogar beträchtlich vermehrt. Unmittelbar nach dem Abklingen der akuten Tetanie sind die Werte für den Peptid-N meist noch hoch, aber deutlich niedriger als im akuten Stadium, oder sie sind bereits wieder normal. Auch die Erhöhung der Ammoniakausscheidung kann anscheinend das akute Stadium noch eine Zeitlang überdauern. Im akuten Stadium der Tetanie besteht eine beträchtliche Steigerung vieler Faktoren des Stoffwechsels; gesteigerte Eiweißeinschmelzung mit Störungen im Eiweißabbau, gesteigerte Kohlehydratmobilisierung und Verbrennung, gesteigerte Kalorienproduktion und gesteigerte Kalziumausscheidung. Nicht selten findet sich Polyurie und vermehrter Durst. In manchen Fällen entwickeln sich unmittelbar nach dem Abklingen des akuten Stadiums Symptome von Hyperthyreoidismus.

Freund (42) beobachtete, daß bei stark ausgebluteten Frauen häufig Parästhesien in den Fingern auftreten, welche zu krampfähnlichen Zuständen in den Fingern führen können, welche aber mit echter Tetanie nichts zu tun haben sollen.

Fusco (45) teilt die Krankengeschichte von einem 13 jährigen Mädchen mit, bei welchem eine Chorea infolge von Malaria zustande gekommen war.

Fuchs (43) bezweckt, mit seinen Ausführungen hinzuweisen auf die Ähnlichkeit zwischen den Symptomen der epidemischen Tetanie und den in der Literatur beschriebenen Erscheinungen des Ergotismus. Verfasser hat selbst Sekalevergiftungen bei Menschen nicht gesehen. Er verwertet also bei der Durchführung der Parallele, was die Symptomatologie des Ergotismus angeht, die Beschreibungen, welche bereits in der Literatur vorliegen. In dem Krankheitsbilde des Ergotismus findet sich nach Verfasser kein einziges Symptom, welches nicht von der epidemischen Tetanie her wohl bekannt ist. Die Symptome sind inhaltlich ganz gleich und nur quantitativ verschieden. Verfasser untersuchte in sechs Fällen der gewöhnlichen epidemischen Tetanie das Roggenmehl aus den Bäckerläden in der Nähe der Wohnung der Patienten, viermal mit auffallend stark positivem Ergebnis, zweimal mit weniger starkem. Bei Abstinenz von jeder zerealischen Kost hörten die Spontankrämpfe auf. Verfasser meint, daß die Analogien zwischen dem Ergotismus und der Tetanie so auffallend und so zahlreich sind, daß es nahe liegt, anzunehmen, daß die epidemische Tetanie nichts anderes vorstellt als eine Form des chronischen Ergotismus. Verf. betont aber selbst, daß er keinerlei Beweis für die Richtigkeit seiner Annahme erbracht hat.

Fuchs (44) bezweckt mit seinen Ausführungen die Aufmerksamkeit auf die Ähnlichkeit zwischen den Symptomen der epidemischen Tetanie und des Ergotismus zu lenken. Die Analogien zwischen beiden Krankheitsbildern, die er bei seinen Tierversuchen erhielt, waren so zahlreich und auffallend, daß er einen Zufall für ausgeschlossen hält und annehmen zu können glaubt, daß die epidemische Tetanie nichts anderes vorstellt, als eine larvierte Form des chronischen Ergotismus. (*Bendix.*)

Grosser und **Betke** (50) suchen folgende Fragen zu beantworten. Gibt es Tetanien ohne anatomisch nachweisbare Veränderungen der Epithelkörperchen? Gibt es ausgedehnte Epithelkörperchenveränderungen bei nicht tetanischen Individuen? Stammen die Blutungen, um die es sich beim Kinde vor allem handelt, von Geburtstraumen oder sind sie durch andere Vorgänge verursacht. Untersucht wurden im ganzen 48 Fälle, und zwar vier Erwachsene, drei Kinder über und 41 Kinder unter einem Jahr. Von

diesen 41 Kindern hatten 16 Tetanie. Das Resultat der Untersuchungen war, daß die Geburtssasphyxie, wenn überhaupt, so doch nicht die einzige Ursache der Epithelkörperchenblutungen ist, da dieselben auch im späteren Leben durch entzündliche Prozesse oder vielleicht auch durch Autointoxikationen hervorgerufen werden können. Die Blutungen sind nicht die Ursache für das Auftreten der Kindertetanie. Diese kann auch in ihren schwersten Formen manifest werden, wenn die Epithelkörperchen völlig normal waren. Auffällig war die Zerstörung von Epithelkörperchen in denjenigen Fällen, in welchen plötzlicher Tod eingetreten war.

Guleke (53) untersucht die Beziehungen zwischen Epithelkörperchen und Nebennieren. Er erzeugte zunächst das Bild der postoperativen Tetanie und prüfte dann, ob durch Entfernung der Nebennieren oder durch sonstige Eingriffe, welche die Funktionen der Nebennieren und damit den durch sie regulierten Tonus des Sympathikus verändern, das Krankheitsbild der Tetanie sich beeinflussen läßt. Er fand, daß bei Hunden und Katzen, welchen die Epithelkörperchen und die Schilddrüse entfernt waren, die nachher auftretende manifeste Tetanie verschwand, wenn die Nebennieren rechtzeitig zu Beginn des Anfalls exstirpiert wurden. Die Unterbindung der Nebennierenvenen ließ die Tetanieanfälle nur vorübergehend verschwinden. War ein Teil der Schilddrüse nicht exstirpiert, so blieb die Nebennierenexstirpation ohne Erfolg. Verfasser stützt mit seinen Resultaten die Auffassung, daß zwischen Epithelkörperchen einerseits und Schilddrüse und Nebenniere andererseits ein ausgesprochener Antagonismus besteht. Die Epithelkörperchen hemmen den Sympathikustonus, während ihn die Nebennieren und Schilddrüsen erregen.

Guizzetti und **Camisa** (52) teilen die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen von zwei Fällen von Chorea mit. Die bakteriologische Untersuchung ergab keine positiven Resultate. Verff. nehmen die Chorea minor als eine disseminierte Enzephalitis mit Beteiligung der Pia an.

Haberfeld (54) unterzieht, an der Hand eines reichen Materials des Wiener pathologisch-anatomischen Instituts, die Epithelkörperchenfrage einer kritischen Betrachtung. Zuerst beschäftigt er sich mit den pathologischen Veränderungen der Epithelkörperchen bei der Tetanie der Kinder und bei tetanieformen Zuständen der Kinder, dann bei den verschiedenen Formen der Tetanie des Erwachsenen, speziell der idiopathischen Graviditätstetanie und bei einigen Krankheiten unter anderem der Myasthenia gravis.

Er war imstande, für einen Teil seiner Tetaniefälle eine neue Form der Epithelkörperchenschädigung nachzuweisen, die erworbene Hypoplasie.

Die Tetania infantilis steht wohl im Zusammenhang mit Blutungen in den Epithelkörperchen, wahrscheinlich schon intra partum, die zu einer Insuffizienz der Epithelkörperchen führen. Das frühe Alter ist für die Tetanie des am meisten empfängliche, denn es werden gerade im frühen Alter an die Epithelkörperchen die meisten Anforderungen gestellt. (*Bendix.*)

Hell (57) beschreibt einen Fall von chronischer progressiver Chorea, in dessen Verlauf die Remissionen zu beachten sind.

Heubner (60) beschreibt einen Fall von hochgradiger Aplasie des Kleinhirns und seiner Verbindungen, welche zu Lebzeiten eine infantile Pseudochorea geboten hatte. Heubner weist zunächst darauf hin, daß es eine echte Chorea im Säuglingsalter nicht gibt, sondern daß wohl allen Fällen in diesem Alter eine organische Gehirnerkrankung zugrunde liegt. Man soll daher die Bezeichnung Chorea lediglich der echten rheumatischen Chorea reservieren und in allen anderen Fällen von Pseudochorea sprechen. In seinem Falle waren die Kleinhirnhemisphären klein und plattgedrückt,



von der Brücke war kaum etwas zu sehen. Die Oliven der Medulla oblongata gaben sich nur durch ein paar dünne Leisten zu erkennen. Die Pyramiden selbst waren kräftig entwickelt und lagen bis zur Bildung der Hirnschenkel völlig übersehbar isoliert zutage. Eine Hirnschenkelhaube schien gar nicht zu existieren. Auf den Querschnitten des Rückenmarks waren keine Anomalien wahrzunehmen. Für den Kliniker ist die Tatsache von Interesse, daß Pseudochorea mit Gliederstarre durch Entwicklungshemmungen im Kleinhirngebiete bedingt sein kann, während das Pyramidenseitenstrangsystem intakt zu sein schien.

H. und **L. Hirschfeld** (61) haben das Blutserum bei Tetanie, Rachitis und exsudativer Diathese auf vasokonstringierende Substanzen untersucht und glauben einen erhöhten Gehalt der genannten Substanzen gefunden zu haben, und zwar bei allen drei Krankheitsformen. In den Seren von Tetaniekindern wurden die höchsten Werte gefunden. Verff. bedienten sich der von Läwen und Trendelenburg angegebenen Methode der Durchleitung von überlebenden Froschgefäßen. Die Verwertbarkeit ihrer Resultate, welche den Beobachtungen anderer Autoren widersprechen, steht und fällt mit der Exaktheit der von ihnen angewandten Methode.

Bei der Chorea kommen nach **Hutinel** (64) manchmal Lähmungen, Aufhebung der Sehnenreflexe, meningitische Erscheinungen und psychische Symptome vor. (*Audenino.*)

Ibrahim (67) teilt zunächst einen Fall von manifester Tetanie bei einem atrophischen Kinde im Alter von 6 Monaten mit. Es fand sich hochgradige Harnverhaltung und Ödeme der Beine. Die Harnverhaltung schwand nach zweimaligem Katheterismus. In anderen Fällen fand sich neben den tonischen Krampfzuständen in verschiedenen Muskelgebieten ein dauernd gleichmäßig vertieftes In- und Exsperium im Pendelrhythmus. Ferner war der Fall ausgezeichnet durch ein eigenartiges Verhalten des Muskulus orbicularis, der einen feinschlägigen Tremor zeigte, und durch eine Pupillendifferenz, welche als Dilatatorkrampf aufzufassen war. Verf. ist ferner der Ansicht, daß in einem Teil der Fälle von Tetanie mit plötzlichem Tode das plötzliche Versagen des Herzens als primäres Tetaniesymptom zu deuten ist, als ein den Karpopedalspasmen, dem Glottiskrampf koordiniertes Symptom. Verf. schlägt dafür den Namen Herztetanie vor.

Ibrahim (66) teilt seine persönlichen Erfahrungen von „Wegbleiben" oder respiratorischen Affektkrämpfen bei Kindern mit. In dem ersten Fall waren im Säuglingsalter echte Stimmritzenkrämpfe aufgetreten, der zweite bot keine Zeichen von Tetanie auch kein Fazialisphänomen dar. Beide zeigten die Anfälle nach seelischen Erregungen mit Zyanose, Bewußtlosigkeit und Hinfallen. Auch bei dem dritten ausführlich besprochenen und eingehend beobachteten Falle ließ sich Spasmophilie oder kindliche Tetanie ausschließen. Es handelte sich um neuropathisch belastete Kinder, die meist im 2.—4. Lebensjahre diese krankhaften Erscheinungen zeigen. Ibrahim erklärt das Zustandekommen aller dieser krankhaften Anzeichen damit, daß sich bei den Kindern ein pathologischer Bedingungsreflex ausgebildet hat. (*Bendix.*)

Iselin (68) sucht festzustellen, ob die Tetanie die einzige Folge des Epithelkörperchenverlustes sei, oder ob noch andere Schädigungen sich nachweisen lassen, so z. B. ob das allgemeine Wachstum und die Knochenentwicklung gehemmt sei. Die Trennung der Epithelkörperchen vom Schilddrüsenapparat ist nur bei Ratten ganz exakt ausführbar. Die meisten Ratten gehen nach 2 Tagen an starker Tetanie zugrunde. Bei Ratten genügt gelegentlich schon eine einseitige Entfernung der Epithelkörperchen, um die



stärksten Grade der Tetanie zu erzeugen. Diejenigen Ratten, welche den Verlust der Epithelkörperchen ertrugen, blieben klein und gingen nach einem Jahr an Kachexie zugrunde. Iselin beschreibt Veränderungen am Knochenmark der Tiere, welche Ähnlichkeit mit Rachitis haben sollen. Iselin berichtet zum Schluß über Epithelkörperchenpfropfung bei Tetanie zu therapeutischen Zwecken.

Jörgensen (72) bringt anatomische Untersuchungen von Epithelkörperchen bei Tetanie, welche in der überwiegenden Anzahl der Fälle sich als normal erwiesen oder nur so unbedeutende Veränderungen zeigten, daß diese wohl kaum für eine Funktionsstörung der Drüsen sprechen können. Es fanden sich hauptsächlich Pigmentablagerungen im Bindegewebe.

Karlson und **Jacobson** (74) bringen weitere Untersuchungen über die Natur der parathyreogenen Tetanie. Der Ammoniakgehalt des Blutes von Hunden mit parathyreogener Tetanie schwankt noch zwischen normalen Grenzen. Injiziert man genügend Mengen von Kalziumsalzen bei Tetanie, so ändert sich nicht die Konzentration des Ammoniaks im Blute; der Einfluß der Kalziumsalze auf die Ammoniaktetanie ist geringer als auf die parathyreogene Tetanie. Hunde mit Ammoniaktetanie weisen eine viel größere Übererregbarkeit Gehörsreizen gegenüber auf als die Tiere mit parathyreogoner Tetanie. Nach hoher Rückenmarksdurchschneidung befällt die parathyreogene Tetanie nicht direkt die Teile des Tieres unterhalb der Läsion, während bei Ammoniaktetanie das ganze Tier in extremen Fällen von Krämpfen ergriffen wird. Strontium und Kalzium sind in gleicher Weise geeignet, die Tetanie zu unterdrücken. Die parathyreogene Tetanie bei Hunden ist beeinflußbar durch verschiedene Mittel, so durch Extrakt der Hypophyse, durch konzentrierte Zuckerlösung, durch Albumosen, durch Amylnitrit und durch Durchschneidung und Reizung des Markes.

Krabbel (79) berichtet über Epithelkörperchenimplantation, welche bei einer Patientin mit Tetania parathyreopriva vorgenommen wurde. Es soll Besserung beobachtet worden sein.

Koplik (78) bringt zahlreiche kasuistische Beiträge zur Spasmophilie; besonders hingewiesen sei auf die Fälle, in welchen sich epileptische Anfälle fanden.

Lorenz (84) teilt zwei Fälle von Huntingtonscher Chorea mit. Die Großmutter und Mutter der ersten Patientin hatten an Chorea gelitten. Bei der Mutter wurde Demenz festgestellt. Auch eine Schwester erkrankte an Chorea. Der Patient war etwa 40 Jahre alt, litt seit sechs Jahren an lebhaften choreatischen Zuckungen, zu denen sich in der letzten Zeit starke Erregungszustände mit lebhaften Gesichts- und Gehörshalluzinationen hinzugesellten. Auch in der Familie des zweiten Patienten litt der Großvater an Chorea mit psychischen Störungen, ebenso zwei von dessen Söhnen. Im Alter von 38 Jahren machten sich bei ihm geistige Defekte bemerkbar, die mit Erregungszuständen verliefen. Im 50. Lebensjahre stellten sich choreatische Störungen zuerst in den oberen Extremitäten ein.

Die Spinalpunktion war bei beiden Fällen in zytologischer und chemischer Beziehung negativ. (*Bendix.*)

Luger (85) berichtet über einen 23jährigen Mann, der an Krämpfen tetanischen und epileptischen Charakters erkrankte. In den freien Zeiten ließen sich die für Tetanie charakteristischen Symptome nachweisen. Im epileptischen Anfall bestand völlige Pupillenstarrheit, Dorsalflexion der großen Zehe und Fazialisschwäche. Bei allen epileptischen Anfällen konnte der Verf. ein Schwinden der Tetaniephänomene konstatieren.



Lust (86) hat die — in Analogie zum Fazialisphänomen — als Peroneusphänomen bezeichnete Reaktion bei Spasmophilie im Kindesalter untersucht. Das Peroneusphänomen kann nur im Säuglingsalter ein die Diagnose der Spasmophilie förderndes Symptom sein, namentlich da, wo das Fazialisphänomen und das Trousseausche Phänomen im Stiche lassen und eine galvanische Untersuchung nicht ausführbar ist. Eine direkt pathognomische Bedeutung kommt dem Phänomen nicht zu, auch verliert es etwa vom 3. Lebensjahr an jede klinisch verwertbare Bedeutung. Die Prüfung auf das genannte Phänomen geschieht nach dem Verfasser am besten so, daß man die Unterschenkel des Kindes in die linke Hand legt und mit der rechten den Nervus peroneus unterhalb des Capitulum fibulae mit dem Perkussionshammer beklopft. Bei vorhandener Erregbarkeit erfolgt eine kurze Abduktion mit gleichzeitiger Dorsalflexion des Fußes.

Marek (90) beschreibt einen Fall von Osteomalazie bei einer Multipara, bei welcher während der Adrenalinbehandlung sich typische Tetanie entwickelte. Die Krämpfe traten nach jeder Injektion auf, verschwanden, wenn die Injektionen ausgesetzt wurden und kehrten bei erneuten Injektionen wieder. Die vier letzten Injektionen riefen aber keine Krämpfe mehr hervor. In einem weiteren Fall von Osteomalazie waren die Injektionen von Andrenalin wirkungslos.

Meyer (94) berichtet über einen therapeutischen Erfolg bei einer Frau mit Graviditätstetanie. Es wurden vorwiegend Milch- und aus Milch zubereitete Mehlspeisen gegeben. Die Kost war kochsalzarm und enthielt reichlich kalkhaltige Gemüse. Ferner wurden gegeben 8 g Calcium chloratum auf 200 ccm Wasser, 3 mal täglich 1 Eßlöffel.

Möller (99) bringt Untersuchungen über die Epithelkörperchen des Menschen, welche sowohl auf die normalen Verhältnisse wie auch pathologische Veränderungen eingehen. Von pathologischen Veränderungen werden erwähnt: Entwicklungsanomalien, regressive Veränderungen, die Pigmentatrophie und das Amyloid der Epk., ferner die Zirkulationsstörungen und namentlich die Hämorrhagien. Bei Tuberkulose und Lues wurden Epithelkörperchenveränderungen gefunden. Zystenbildungen in den Epk. sind keine Seltenheiten. Sie können ferner den Ausgangspunkt für Tumoren bilden. Die benignen Tumoren der Epk. sind wohl meist als Adenome oder Strumen zu bezeichnen. Die anatomischen Untersuchungen der Epk. bei Chorea, bei Myasthenia gravis und Paralysis agitans stützen nicht die Annahme, daß Erkrankungen der Epk. mit den genannten Krankheitszuständen etwas zu tun haben. Verf. hat in einigen Fällen von Diabetes, Morbus Addisonii, Tetanus traumaticus die Epk. untersucht, konnte aber weder makroskopisch noch mikroskopisch Veränderungen finden.

Morel (101) kommt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen zu dem Schluß, daß Knochentraumen die Symptome des parathyreopriven Zustandes modifizieren, und zwar verhindern sie den Ausbruch der Tetanie und unterdrücken diese. Die Kachexie und sonstigen Stoffwechselstörungen werden aber nicht beeinflußt. Man könne somit bei dem parathyreopriven Zustande zweierlei Arten von Störungen unterscheiden, die Autointoxikation infolge der Exstirpation der Nebenschilddrüse, die zum Tode führt und meist eine Hyperstenie, die Tetanie, hervorruft, und die parathyreoprive Kachexie ohne Tetanie. (*Bendix.*)

Oppenheimer (108) berichtet über die pathologisch-anatomische Beschaffenheit der Epithelkörperchen in einem Falle von infantiler Tetanie. Epithelkörperchen zeigten eine typische infantile Struktur ohne Zeichen von Aktivität. Zysten und Hämorrhagien waren nicht zu finden.



Pexa (109) beschreibt die Resultate einer durch längere Zeit durchgeführten Kalkentziehung beim Hunde. Eine Steigerung der Erregbarkeit der peripheren Nerven ließ sich nicht nachweisen. Die chemische Untersuchung des Gehirns ließ deutliche Kalkarmut erkennen.

Pighini und **Alzina y Melis** (111) haben bei einem Choreakranken während zwei verschiedenen Perioden, d. h. während normaler Lebensweise und während einer Periode von Muskelanstrengung Stoffwechseluntersuchungen ausgeführt.

In der 1. Periode war der Stickstoffumsatz annähernd normal.

In der 2. Periode fanden sie einen mehr oder minder normalen Gesamtstickstoff-, Harnsäure- und Schwefelsäurestoffwechsel; eine Steigerung des Ammoniak- und Kreatininstoffwechsels und eine Verminderung des ureïschen Stickstoffs. (*Audenino.*)

Pool (114) weist darauf hin, daß er das Bein- und Armphänomen bei Tetanie, welchem in der letzten Zeit von Schlesinger und Alexander besondere Beachtung geschenkt worden ist, schon im Jahre 1906 beschrieben hat und auf seinen diagnostischen Wert hingewiesen hat. In seinem im Jahre 1906 beschriebenen Falle handelt es sich um eine postoperative Tetanie nach partieller Thyreoidektomie. Die Kontrakturen erfolgten durch Dehnung des Ischiadikus in sitzender Stellung der Kranken, so daß Rumpf und Schenkel bei gestrecktem Bein mehr als rechtwinkelig gebeugt waren, oder durch Dehnen der Nerven des Brachialplexus, indem der Arm mit ausgestrecktem Vorderarm über den Kopf gehoben wurde.

Quest (115) hat die Kalkarmut des Gehirns als pathogenetischen Faktor der spasmophilen Diathese bezeichnet. Verf. weist darauf hin, daß künstliche Kalkstauung beim Hunde keine Steigerung, sondern eher eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit zur Folge hat. Trotz der Epithelkörperchentheorie der Tetanie ist der Kalkstoffwechsel doch als ein wichtiger Faktor anzuerkennen.

Die Untersuchungen von **Raymond-Bliss** (9) ergaben keine Beziehungen zwischen Blutungen der Epithelkörperchen und der Tetanie.

Reiss (117) legt sich die Frage vor, ob die Wirkungen von Verringerung oder Fehlen des Kalziums im physiologischen Experiment mit denjenigen Erscheinungen übereinstimmen, welche bei der Spasmophilie zur Beobachtung gelangen. Die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit sind diejenigen Symptome, welche sich am objektivsten darstellen und am besten vergleichen lassen. Es ergibt sich, daß die Annahme von Kalziummangel wohl geeignet ist, einen Teil der Symptome bei elektrischer Reizung der tetanischen Nerven zu erklären. Das Kalzium ist das einzige der bisher untersuchten und für den Menschen wesentlichen Kation, dessen Konzentrationsänderung die elektrische Reaktion bei spasmophilen Zuständen wenigtens zu einem Teil zu erklären vermag. Die Theorie der Kalkverarmung als unmittelbare Ursache der Spasmophilie kann aber nicht die Gesamtheit des Symptomenkomplexes erklären. Die Wirkung des Kalziums ist abhängig von der quantitativen Beziehung zu allen übrigen Salzen.

Saiz (124) erörtert die Beziehung zwischen Tetanie und Psychose und epileptischen Anfällen.

Skene (136) beschreibt ein an Kretinismus leidendes 4jähriges Kind, welches mit Thyreoidextrakt behandelt wurde. Als das Kind an einem Morgen 5 Tabletten à 0,3 nahm, traten 6 Stunden nachher ausgesprochene Symptome von Tetanie auf, welche nach 14tägigem Aussetzen des Extraktes schwanden. Die Tetanie wird in diesem Falle durch einen Hyperthyreoidismus erklärt.



Schiffer (127) berichtet über eine Familie, in der die Eltern gesund sind, und in der die 5 Kinder an Tetanie erkrankten. Drei von diesen starben im Anfall. Alle 5 Kinder hatten die Brust erhalten und waren während dieser Zeit frei von jeder Krankheitserscheinung. Bei dem jüngsten Kinde begann die Erkrankung, als es zum ersten Male Kuhmilch erhielt. Verf. hat in einem Falle die Epithelkörperchen untersucht, welche mikroskopisch vollständig normal und namentlich von Blutungen frei waren. Es fand sich dagegen eine Gruppe von sog. oxyphilen Zellen, die in einem so jugendlichen Alter sonst nicht vorkommen sollen. Die Familiarität ist in dem Falle jedenfalls sehr ausgesprochen.

Schilder (128) beschreibt ein 4 jähriges Kind, bei welchem sich im Anschluß an Keuchhusten eine Hemiplegie entwickelt hatte. In der gelähmten Hand war eine eigenartige Bewegungsstörung entstanden, welche im wesentlichen in raschen rhythmischen Änderungen des Kontraktionszustandes des gelähmten Armes bestand. Zuletzt traten epileptiforme Anfälle auf. Bei der Sektion fand sich ein Herd in den basalen Ganglien und ein Herd in der rechten Kleinhirnhemisphäre.

Schultze (130) berichtet über neue Beobachtungen bei Tetanie, aus denen hervorgeht, daß in den vom Verfasser beobachteten Fällen stets das „Zungenphänomen" vorhanden war. Das Phänomen besteht in einer Nachdauer der durch direkte mechanische Reize gesetzten Kontraktionen. Besonders auffällig ist die regelmäßig eintretende Dellenbildung der Zunge. Diese durch mechanische Einwirkung hervorgerufene Dauerkontraktion wird an den Gesichtsmuskeln und an den Extremitätenmuskeln am besten durch sich in kurzen Zwischenräumen rasch folgende summierende Reize hervorgerufen und geht merkwürdigerweise gewöhnlich nicht mit einer Nachdauer der Zuckung nach faradischen Reizen einher. Bei Einwirkung von galvanischen Strömen kann gelegentlich eine kurze Nachdauer beobachtet werden. Durch dieses dissoziierte Verhalten unterscheidet sich die Nachdauer der Muskelkontraktion bei Tetanie von derjenigen bei Myotonie.

Sterling (137) berichtet über einen 61 jährigen Mann, bei welchem sich plötzlich nach geringfügigen Prodromalsymptomen (leichter stechender Schmerz in der Stirngegend und Kopfschwindel) heftige, schleudernde choreatische Bewegungen in den beiden rechten Extremitäten eingestellt hatten. Bei der objektiven Untersuchung, weder unmittelbar nach der Entstehung der choreatischen Bewegungen noch binnen der nachfolgenden Wochen des Aufenthaltes des Patienten im Krankenhause, konnte man keinerlei paretische Erscheinungen weder in den rechten noch in den linken Extremitäten feststellen. Arteriosklerose der peripheren Gefäße. Der Muskeltonus ist in den rechten Extremitäten herabgesetzt. Trizeps- und Periostalreflexe beiderseits sehr schwach. Patellarreflex links schwach, rechts aufgehoben. Achillessehnenreflex links sehr schwach, rechts = 0. Bauchdeckenreflexe und Kremasterreflexe beiderseits gleich lebhaft. Sensibilität erhalten. In den beiden rechten Extremitäten und teilweise auch in den Bauchmuskeln rechts sieht man typische, ununterbrochen choreatische Bewegungen von außerordentlich heftigem Charakter. Die unwillkürlichen Bewegungen der rechten oberen Extremität erinnern ihrer Form nach an den Kussmaulschen Hemiballismus. In der linken Körperhälfte finden sich absolut keine choreatische Bewegungen. Der Verlauf zeigte eine progressive Besserung. Nach 4 Wochen des Aufenthalts im Krankenhause sind die sämtlichen choreatischen Bewegungen total verschwunden, ohne daß irgendwelche rechtsseitige paretische Erscheinungen hinzugekommen wären. Der Verf. erkennt im vorliegenden Fall eine symptomatische Hemichorea auf Grund eines organi-

schen Gehirnprozesses an, doch will er dieselbe nicht dem Typus der Chorea praehemiplegica anreihen, da irgendwelche paretische Erscheinungen fehlten. Er vermutet, daß Fälle von organischer Hemichorea nicht nur als die Hemiparese begleitendes Syndrom und nicht nur als Prodromalsymptom der Hemiparese, sondern auch als Äquivalent der Lähmung vorkommen können. (*Sterling.*)

Sterling (138) beschreibt einen Fall von Chorea mollis, kompliziert mit Sprach- und Sehstörungen. Die $2^1/_2$jährige Patientin erlitt vor neun Wochen eine Erkältung, indem sie in ein Gefäß mit kaltem Wasser gefallen ist. Drei Tage danach fing sie während der Nacht an zu schreien, und die Mutter bemerkte, daß sie bewegungslos und bewußtlos im Bette liegt und auf keinerlei Reize reagiert. Solcher Zustand dauerte 4 Wochen an, und erst dann fing das Kind an zu verstehen, was man zu ihm sprach, konnte aber kein einziges Wort sprechen, konnte sich mit den Extremitäten nicht bewegen und war vollständig blind. Damals schon bemerkte die Mutter eine Reihe von unwillkürlichen Bewegungen, welche sich in den Extremitäten und im Kopf eingestellt haben. Bei der objektiven Untersuchung fand man extrem erweiterte Pupillen mit fast aufgehobener Lichtreaktion, beiderseitige Amaurose (das Kind unterscheidet bloß Licht von Dunkelheit). Die beiden Papillen sind blaß, atrophisch. Die Spontansprache ist absolut aufgehoben (ausgenommen das einzige Wort „Mama"), ebenso die Wiederholung, dagegen ist das Sprachverständnis erhalten. Die willkürlichen Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten sind beim Liegen erhalten und sogar mit ziemlich guter Kraft ausführbar, dagegen kann das Kind weder stehen noch sitzen, und der Kopf fällt schlaff nach hinten herunter. Die sämtlichen der Untersuchung zugänglichen Muskelgruppen zeigen eine kolossale Hypotonie. Sämtliche Sehnenreflexe sind aufgehoben. Im Krankenhaus konnte man binnen einigen Wochen eine progressive Besserung des Krankheitszustandes verfolgen: die choreatischen Bewegungen sind immer schwächer und seltener, die willkürlichen immer kräftiger, der Gang ist möglich bei Unterstützung geworden, auch die Sehkraft ist zurückgekehrt, obwohl unvollkommen. Dagegen blieben die Hypotonie und aufgehobenen Reflexe noch längere Zeit bestehen. Der Verf. differenziert zwischen Myatonia, Rachitis, Tay-Sachsscher Krankheit, Meningitis cerebrospinalis, Encephalitis, verwirft aber alles und diagnostiziert die zuerst von Goold beschriebene Chorea mollis sive paralytica. Die schlaffe Lähmung führt er auf das Befallensein des peripheren Neurons (Vorderhornzellen) zurück. Die Atrophie der Papillen, welche aus einer retrobulbären Neuritis resultiert, war bisher bei Chorea nicht beschrieben worden. (*Sterling.*)

Stuckenberg (140) berichtet über einen chronischen Fall von Tetanie mit Epithelkörperchenuntersuchung. Die histologische Untersuchung von drei Epithelkörperchen ergab normale Verhältnisse.

Thorspecken (142) hat mehrere Fälle von Tetanie röntgenologisch teils mit, teils ohne Belastung des Magens untersucht. Die Fälle betrafen vier Säuglingstetanien, von denen zwei tödlich verliefen, ferner ein zweijähriges Kind und ein siebenjähriges Mädchen. In keinem dieser Fälle wurde während der akuten Erscheinungen eine Magenerweiterung gefunden, und die bei einem der Kinder vorgenommene Prüfung der Entleerungsdauer des Magens ergab normale Verhältnisse. In allen Fällen bestanden beim Auftreten der Tetanie Ernährungsstörungen mit akuten und chronischen Magendarmerscheinungen, starke Auftreibung des Leibes, welche eine Magenerweiterung wahrscheinlich erscheinen lassen konnte.

Vogt (145) teilt einen Fall von Katarakt bei Tetania strumipriva mit. Es handelt sich um eine 39jährige Fabrikarbeiterin, bei welcher vor zirka



20 Jahren die Struma entfernt war, und die seither Anfälle von tonischen schmerzhaften Muskelkrämpfen in den Flexoren hatte. Es fand sich eine beiderseits stark vorgeschrittene speichenförmige Katarakt. Die Patellarsehnenreflexe fehlten. Trophische Störungen an der Haut bestanden nicht. Der Allgemeinzustand der Frau soll vorübergehend durch Parathyreoidintabletten gebessert worden sein. Eine senile Katarakt schließt Verf. aus mit Rücksicht auf das Alter der Patientin und mit Rücksicht darauf, daß die sehr fortgeschrittene Linsentrübung auf viele Jahre zurückgeht.

Weber (146) beschreibt einen Fall, in welchem sich die sensorischen und vasomotorischen Störungen bei Tetanie mit Akroparästhesien und Symptomen der Raynaudschen Krankheit kombinieren.

Zappert (151) hat in einer Reihe von Fällen von Kindertetanie das Rückenmark untersucht. Es fanden sich weder im Rückenmark noch in den Spinalganglien Veränderungen, welche als pathologisch aufgefaßt werden konnten.

Lokalisierte Muskelkrämpfe.

Ref.: Dr. Baumann-Essen.

1. Abelsdorff, G., und Bibergeil, E., Über das Blickfeld bei Caput obstipum. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. p. 1415.
2. Allaire, G., et Denès, Réactions électriques dans la maladie de Thomsen. Gaz. méd. de Nantes. No. 31. p. 601—608.
3. Andereya, Klonische Zuckungen (140—160 in der Minute) der rechten Tubenmuskulatur. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1538.
4. Ascenzi, Odoardo, Sur le tic de Salaam. Revue neurologique. No. 12. p. 725.
5. Babonneix, L., et Lemaire, J., Un cas de maladie de Thomsen chez une fillette de 10 ans. Ann. de méd. et chir. inf. XV. 164—167.
6. Barandon, Sur un cas de torticolis par habitude. Toulouse méd. 1910. XII. 436—439.
7. Derselbe, Fall von Athetose und Spasmus mobilis aller vier Extremitäten. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. p. 420. **(Sitzungsbericht.)**
8. Bumke, Oswald, Über eine der myotonischen ähnliche, familiär auftretende Form von Intentionskrämpfen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 5. p. 645.
9. Chiene, G. L., Congenital Torticollis or Wry Neck. Medical Press and Circular. March. 15.
10. Cluzet, Froment et Mazet, Maladie de Thomsen. Lyon médical. T. CXVII. p. 860. **(Sitzungsbericht.)**
11. Couvelaire, A., Hématomes du sterno-mastoidien et torticolis par myopathie congénitale. Annales de Gynécologie. 2. S. T. VIII. No. 1. p. 1. und Revue d'Orthopédie. No. 1. p. 1.
12. Cruchet, René, et Garot, J. H., Des tics dentaires et de leur guérison possible par les soins de la bouche (à propos d'un bout de tige de graminée inclus depuis huit mois dans une incisive). Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux. 1910. 11. nov.
13. Cyriax, Edgar F., On Reflex Contraction of Muscles Associated with Pulmorary Disease. Preliminary Communication. Medical Record. Vol. 79. No. 24. p. 1087.
14. Dserjschinski, W., und Koschewnikoff, A., Myoclonia familialis nocturna atactica. Korsak. Journ. 11. 222.
15. Ebstein, Wilhelm, Zur Aetiologie der Dupuytrenschen Kontraktur. Dtsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 103. H. 3—4. p. 201.
16. Ehringhaus, Fall von ossärem Schiefhals. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 910.
17. Eichler, Emil, 3 Fälle von Myoklonusepilepsie (Unverrichttypus). Inaug.-Dissert. Leipzig.
18. Farmer, F. M., Notes on a Case of Trismus Extending Over Twenty Years. Brit. Journ. Dent. Sc. LIV. 493—496.
19. Flatau, E., und Sterling, W., Progressiver Torsionsspasmus bei Kindern. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VII. H. 5. p. 586.



20. Dieselben, Über symptomatische Myoklonie bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems bei Kindern. Neurologja polska. N. 5—6.
21. Glässner, Paul, Der angeborene Schiefhals und seine Behandlung. Therapeut. Monatshefte. April. p. 231.
22. Greenfield, J. G., Notes on a Family of „Myotonia atrophica" and Early Cataract, with a Report of an Additional Case of „Myotonia atrophica". Review of Neurol. and Psych. IX. 169—181.
23. Grund, Georg, Zur Frage des Vorkommens erworbener Myotonie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 42. H. 1—2. p. 110.
24. Hamill, Two Cases Showing Spasticity. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 294. **(Sitzungsbericht.)**
25. Hartenberg, P., Crampe des écrivains par hypotonie musculaire. Revue neurol. No. 10. p. 604.
26. Heilig, Zur Kasuistik des Paramyoklonus multiplex. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 178.
27. Hill, H. K., Spasmus nutans, with the Report of 4 Cases. Archives of Ped. **28.** 974.
28. Hirsch, C., Typischer Fall von Thomsenscher Krankheit. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2402.
29. Hirschfeld, R., Myotonia atrophica. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 5. p. 682.
30. Hoffmann, J., Atrophische Myotonie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
31. Iwanow, F., Über eine besondere Form des neuro-muskulären Symptomenkomplexes mit Erscheinungen der angeborenen Myotonie (Myasthenia familialis congenita vasospastica). Charkowsches med. Journ. **6.** 311.
32. Jacobs, C. M., Congenital Torticollis. Illinois Med. Journ. June.
33. Jacobsohn, Leo, Tonische Krampfzustände an den unteren Extremitäten auf funktioneller Grundlage. Berliner klin. Wochenschr. No. 44. p. 1985.
34. Jones, H. Lewis, Unusual Form of Contraction of the Fingers. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 4. No. 5. Electro-Therapeutical Section. p. 73.
35. Jones, R., Paramyoclonus-multiplex and Insanity. St. Barthol. Hosp. Rep. XLVI. 19—30.
36. Kennedy, Foster, and Oberndorf, C. P., Myotonia Atrophica, with a Report of Two Cases. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 14. p. 1117.
37. Kumagai, T., Über die Thomsensche Krankheit. Mitteil. d. Mediz. Ges. zu Tokyo. Bd. X. H. 1. p. 17.
38. Kure, S., Maladies des tics convulsifs. Neurologia. Bd. X. H. 4. (Japanisch.)
39. Lafora, Gonzalo R., und Glueck, Bernard, Beitrag zur Histophatologie der myoklonischen Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VI. H. 1. p. 1.
40. Laignel-Lavastine, Forme myoclonique aiguë de l'insuffisance surrénale. Bull. Soc. anat. de Paris. 6. S. T. XIII. No. 2. p. 117.
41. Lataillade, Blépharospasme, hémispasme facial et leur traitement. Thèse de Paris.
42. Lenoble, E., et Aubineau, E., Le nystagmus-myoclonie. 2ᵉ mémoire. Revue de Médecine. No. 3. p. 209.
43. Liebstädter, Spontane tonische Kontraktionsfähigkeit einzelner Muskeln. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 169. **(Sitzungsbericht.)**
44. Lilienfeld, Scoliosis spastica. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 293.
45. Löwy, Robert, Fall von Ösophagusspasmus. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. p. 436. **(Sitzungsbericht.)**
46. Marquardt, Karl, Der spastische neurogene Plattfuss. Inaug.-Dissert. Leipzig.
47. Mc Call, J., Zuckfuss und Zitterer. Veterinary Journal. 1910. p. 696.
48. Merklen, Prosper, Varizellen mit Tortikollis. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 46. p. 502.
49. Noïca, Comment devons-nous définir la contracture. Revue neurol. No. 4. p. 218.
50. Derselbe, Le mécanisme de la contracture spasmodique. La Presse médicale. No. 17. p. 153.
51. Derselbe, La pseudo-contracture spasmodique hystérique. Soc. de Neurol. 7. juin. 1909.
52. Derselbe et Dimitrescu, V., Sur la force musculaire des membres à l'état de contracture spasmodique. L'Encéphale. No. 7. 1910.
53. Oberndorf, Clarence P., A Case of Myotonia Atrophica. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 688. **(Sitzungsbericht.)**
54. Oppenheim, H., Über eine eigenartige Krampfkrankheit des kindlichen und jugendlichen Alters (Dysbasia lordotica progressiva, Dystonia musculorum deformans). Neurol. Centralbl. No. 19. p. 1090.
55. Painter, Charles F., Peroneal Spasm. Medical Record. Vol. 80. p. 506. **(Sitzungsbericht.)**



56. Pantel, Contribution à l'étude des myoclonies. Thèse de Montpellier. 1910.
57. Pécus, Etudes sur les tics du cheval. Revue gén. de méd. vét. 1910. p. 625.
58. Pemberton, Ralph, A Metabolic Study of Myotonia Atrophica. The Amer. Journal of the Med. Sciences. Vol. CXLI. No. 2. p. 253.
59. Pesme, Maladie de Thomsen. Arch. de méd. et pharmacologie milit. LVIII. p. 113.
60. Pic et Bussy, Crampe des écrivains. Lyon médical. T. CXVII. p. 635. **(Sitzungsbericht.)**
61. Poulsen, Kr., Der schnellende Finger. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 94. H. 3. p. 657.
62. Putnam, James W., and Sharp, Edward A., Report of a Case of Myoclonus Associated with Unusual Epileptoid Convulsions. Buffalo Med. Journ. Vol. LXVII. No. 4. p. 181.
63. Raudnitz, R. W., Versuche über experimentellen Spasmus nutans und über die Einwirkung von Harnzersetzungsprodukten auf junge Hunde. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73. H. 3. p. 259.
64. Raymond, Maladies des tics. Méd. mod. 1910. XXI. 393.
65. Reichmann, Thomsensche Krankheit kombiniert mit Dystrophia musculorum progressiva. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1108. **(Sitzungsbericht.)**
66. Röpke, Zwei Fälle von Dupuytrenscher Fingerkontraktur. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1108. **(Sitzungsbericht.)**
67. Rosenfeld, Fall von Glottiskrampf. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1267. **(Sitzungsbericht.)**
68. Salzberger, Max, Nachträgliche Notiz zu der Arbeit „Ueber das symptomatische Vorkommen myotonischer Störung bei entzündlichen Muskelprozessen". Berliner klin. Wochenschr. No. 2. p. 100. (cf. Jahrg. XIV. p. 730.)
69. Severino, C., e Ciauri, R., Circa la trasmissibilità sperimentale di certi disordini del tono muscolare. Riforma medica. 1910. XXVI. 684—686.
70. Smith, Eric Bellingham, Spasmus nutans. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 5. Section for the Study of Disease in Children. p. 75.
71. Steinert, Atrophische Verlaufsform der Thomsenschen Krankheit. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1629.
72. Stekel, W., Ein Fall von Schreibstottern. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 328—330.
73. Stewart, P., A Clinical Demonstration of a Case of Spasmodic Torticollis. Clin. Journ. XXXVII. 353.
74. Stradiotti, G., Considerazioni intorno ad alcuni fatti complicanti la sindrome comune del grafospasmo. (Grafospasmo con omartrite e nevrite del plesso brachiale.) Riv. crit. di clin. med. XII. 1. 17. 63.
75. Strümpell, v., Fall von Paramyoklonus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2529. **(Sitzungsbericht.)**
76. Derselbe, Fall von Motilitätsneurose. ibidem. 1912. p. 388. **(Sitzungsbericht.)**
77. Troude, Un cas de contracture spasmodique du droit interne de l'oeil gauche. Gaz. des hôpitaux. p. 323. **(Sitzungsbericht.)**
78. Waldvogel, Vom Gastrospasmus. Münchener Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 69.
79. Weber, Heinrich, Ueber die „spastische Hüftluxation und die Veränderungen des Hüftgelenkes" bei spastischen Zuständen der unteren Extremitäten. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 794.
80. Worndorf, R., Kind mit genu recurvatum bei spastischem Gang. Wiener klin. Wochenschr. p. 407. **(Sitzungsbericht.)**
81. Westphal, A., Über eine eigenartige Form familiärer Myoklonie. Neurol. Centralbl. p. 1147. **(Sitzungsbericht.)**
82. Wierzejewski, Seltener Fall von hochgradigen angeborenen Kontrakturen mit eigentümlichen Muskeldefekten. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 910.
83. Williams, Tom A., Pathogénie des névroses professionnelles envisagées comme tics. Guérison par psycho-analyse suivie de la discipline psychomotrice. Revue neurol. 2. S. p. 292. **(Sitzungsbericht.)**

Die in der Überschrift seiner Arbeit gestellte Frage beantwortet **Noica** (49) dahin, daß man das Wort „Kontraktur" lediglich auf die Muskelstarre anwenden dürfe, die man bei einer Läsion oder einer Störung in der Funktion der Pyramidenbahnen beobachtet. Die Kontraktur ist eine unwillkürliche Muskelstarre, die bei der Anwendung der Esmarchschen Binde am Ursprung der Extremität verschwindet, und die die Extremitäten in eine Haltung versetzt, welche die der betreffenden Extremität am meisten entsprechende Form wiederspiegelt. Letzteres möchte Referent stark bezweifeln.

Noica (50) faßt die Kontraktur als eine dauernde assoziierte spastische Bewegung auf. Unter letzterer versteht er einen willkürlichen Reiz, der



vom gesunden Gehirn ausgeht, im Rückenmark an der entgegengesetzten Seite ankommt, dann unabhängig vom Willen auf die andere Seite des Rückenmarkes sich überträgt, und dies zwar nur, wenn die Pyramidenbahn der letzteren Seite in ihrer Funktion gestört ist.

Noica und **Dimitrescu** (52) haben die Muskelkraft an kontrakturierten Armen mittels eines Dynamometers gemessen, — wie, veranschaulicht eine beigegebene Photographie deutlich. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß die Verluste der willkürlichen Beweglichkeit fast ganz gleich sind bei den Flexoren und Extensoren, und daß man im spastischen Zustand die gleichen Verhältnisse findet wie beim gesunden Menschen, d. h. die Flexion ist stärker als die Extension.

Jacobsohn (33) beschreibt einen Fall von tonischen Krampfzuständen in den unteren Extremitäten, die sich namentlich beim Gehen einstellen. Differential-diagnostisch kommen in Betracht Erkrankungen der Muskulatur, die durch anatomische Untersuchung eines exzidierten Stückes widerlegt wurden, ferner organische Erkrankungen des Nervensystems, die gleichfalls durch die Untersuchung als nicht bestehend erwiesen werden konnten. Also glaubt Verf. berechtigt zu sein, von einer Tonusneurose zu sprechen, und glaubt an einen Zusammenhang mit einem erlittenen Unfall. Ref. möchte dem auch vom Verf. erwähnten Alkoholmißbrauch eine größere Rolle in der Ätiologie beimessen.

Oppenheim (54) beschreibt eine eigenartige Krampfkrankheit, bei der zuerst meist die oberen Extremitäten, später immer vorwiegend die Muskulatur der Oberschenkel, des Beckens und der Wirbelsäule ergriffen werden. Dabei findet sich eine beträchtliche Lordose oder Lordoskoliose der Lendenwirbelsäule. Charakteristisch ist der Gang des Kranken: Der Rumpf wird entweder nach hinten geworfen oder stark nach vorn und einer Seite geneigt; ev. nimmt Patient eine vierfüßlerartige Haltung ein. Bei genauerer Untersuchung fällt auf, daß einzelne Muskeln eine Neigung zu einer leichten tonischen Anspannung haben. Andererseits stößt man bei passiven Bewegungen auf eine Hypotonie. Es handelt sich also entschieden um eine Tonusänderung. Die Entwicklung und der Verlauf ist nach den bisherigen Erfahrungen chronisch und progredient. Differential-diagnostisch kommt Hysterie, Huntingtonsche Chorea und Athetose in Frage. Verf. meint, daß verwandtschaftliche Beziehungen des Leidens zur idiopathischen Athetose bestehen, und daß es vielleicht Misch- und Übergangsformen gibt. Wahrscheinlich ist das Leiden keine Neurose, sondern es bestehen wohl feinste Veränderungen im Zentralnervensystem, ähnlich wie wir nichts Sicheres hierüber bei der Paralysis agitans wissen und doch supponieren. Das Leiden beginnt in der 2. Kindheit oder erst in der Pubertät. Schwere Belastung meist nicht vorhanden. Bisher waren die Kranken stets jüdischer Abstammung.

Cyriax (13) hat die bekannte Tatsache, daß bei manchen Lungenkranken reflektorische Muskelkontraktionen auftreten, zum Ausgang eingehender Studien gemacht. Er beschreibt genau, wie man bei den einzelnen Muskeln (Interkostalmuskeln, Rückenmuskeln, Zwerchfell, Bauchmuskeln usw.) die Kontraktionen auslösen kann, und welche Muskeln bei den einzelnen Lungenaffektionen (Phthise, Pneumonie, Bronchitis) beteiligt sind.

Salzberger (68) beschreibt einen Fall, der die Hauptsymptome der Myotonie bietet, nämlich mechanische und elektrische myotonische Reaktion, dagegen sonst keinerlei Symptome der Thomsenschen Krankheit. Es handelt sich hier mehr um einen dauernden Spasmus, der durch Bewegung gelindert, aber nicht aufgehoben werden kann. Die Diagnose stellt Verf. auf chronischen Muskelrheumatismus. Ebensowenig nun, wie das Zusammen-

treffen der Myotonie mit Myatrophie auf Zufall beruht, ebensowenig glaubt Verf., daß die hier beobachteten myotonischen Symptome unabhängig von der chronischen Muskelentzündung seien. Einen Beweis hierfür erblickt er in der Tatsache des sehr ähnlichen bzw. gleichen anatomischen Befundes bei Myotonie und Muskelrheumatismus. Umgekehrt schließt Verf., daß es sich auch bei der echten Myotonie um eine Muskelerkrankung handelt.

Weber (79) kommt auf Grund eingehender Studien aus der Langeschen Poliklinik in München zu dem Schluß, daß starke Spasmen neben ihrer Wirkung auf die Lage der Gelenkteile zu einander in hohem Maße die Funktion des Hüftgelenks und dadurch indirekt das normale Wachstum beeinträchtigen. Die Hüftgelenksluxationen, welche häufig die Gliederstarre komplizieren, entstehen wahrscheinlich postembryonal und sind eine Folge der durch den Muskelspasmus bedingten abnormen Verhältnisse. Die verschiedenen Veränderungen: mangelhafte Ausbildung der Pfannen, Stellungsveränderungen des Kopfes, Subluxationen und komplette Lähmungen können auch auf die Wirkung der Muskelspasmen zurückgeführt werden. Für derartig bedingte Luxationen schlägt Verf. den Namen spastische Luxationen vor.

Lenoble und **Aubineau** (42) behandeln sehr ausführlich die meist von Franzosen beschriebene Nystagmus-Myoklonie. Die Verf. zeigen, daß die Myoklonie hauptsächlich durch 3 Symptome charakterisiert wird: Das Zittern, Degenerationszeichen und bisweilen Intelligenzstörungen. Die Nystagmus-Myoklonie ist eine besondere Form der Myoklonien und ist ein Verbindungsglied zwischen dem Paramyoclonus multiplex Friedreichs, der fibrillären Chorea Moroaus, gewissen Fällen von Chorea electrica, der „Maladie des Tics“ von Gillette de la Tourette und der epileptischen Myoklonie Unverrichts. Der Nystagmus herrscht vor vor allen anderen Symptomen; er ist bei der geschilderten Erkrankung konstant, bei den übrigen nur bisweilen vorhanden. Er kann gewissermaßen eine monosymptomatische Form der Myoklonie darstellen. Das Leiden ist kongenital und kann hereditär und familiär sein; es ist meist nicht ausgeschlossen, daß die Kranken ihrem Beruf nachgehen.

Hirschfeld (29) beschreibt einen Fall von Myotonie mit Atrophien und untersucht die Frage näher, ob die Myotonie oder die Atrophie das primäre Leiden sei. Verf. kann sich der Hoffmannschen und Steinertschen Auffassung, daß die Myotonie das ursprüngliche Leiden sei, auf das hinterher die Dystrophien bzw. Atrophien aufgepfropft seien, nicht anschließen, weil Steinert in der Familie der von Myotonia atrophica befallenen Patienten niemals echte und reine Thomsenfälle nachgewiesen hat. Verf. glaubt vielmehr, daß die Myopathica atrophica ein Leiden sui generis sei, und daß die beiden Krankheitskomponenten sich auf dem gleichartig vorbereiteten Boden einer eigenartigen degenerativen Anlage entwickeln.

Bumke (8) teilt 4 Fälle mit, die unter die von Jendrassik sogenannte „paradoxe Myotonie“ zu rechnen wären. Der Krampf tritt erst nach wiederholter oder nach einer besonders kraftvoll ausgeführten Bewegung ein. Es ist fraglich, ob man derartige Krankheitsbilder überhaupt noch zur Thomsenschen Krankheit zählen kann, zumal bei den geschilderten Hypertrophie und myotonische Reaktion fehlten. Daher empfiehlt es sich nach Ansicht des Verf., zunächst von „Intentionskrämpfen“ zu reden und die Entscheidung über die Zugehörigkeit zur Myotonie der Zukunft zu überlassen.

Iwanow (31) beschreibt eine familiäre Krankheitsform, die die Mutter und 3 (von 6) ihrer Kinder befallen hat. Iwanow beobachtete bei der Mutter, 33 Jahre alt, eine Plumpheit und Verlangsamung aller Bewegungen (inklusiv bulbäre Funktionen resp. Schlucken, Reden), ohne Rigidität, ohne



Ataxie, ohne Atrophien, ohne jede Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, ohne Anästhesie, bei fast normalen Reflexen. Nicht bedeutende Herabsetzung der objektiven Muskelkraft. Bei längeren Bewegungen zeigten sich Ermüdungsgefühl, Schmerz, kleine Zuckungen; bei einer längeren Spannung der Augenmuskeln zeigte sich Nystagmus. Eine Erkaltung verstärkte diese Motilitätserscheinungen. Nach Beendigung der Muskelarbeit fehlt gewöhnliche vasomotorische Reaktion. Beim Erwärmen nahmen diese Erscheinungen an Kraft ab; im Gegenteil verschlimmerten sich Funktionen der Psyche und Sinnesorgane. Die Krankheit begann im Alter von 18 Jahren. Nach dem Verf. handelt es sich hier um eine vasospastische Form. Die Gefäßreaktion der aktiven Muskeln ist imstande, eine Perversion mit dem Ausdrucke nicht aktiver Hyperämie, sondern eines Gefäßspasmus und infolgedessen einer tonischen Rigidität der aktiven Muskeln (Myasthenia familiaris congenita vasospastica nach Verf.) hervorzubringen. (*Heimanowitsch.*)

Grund (23) behandelt ausführlich einen Fall, den man einesteils für eine Myotonie, anderenteils als zu der Myotonia acquisita Talmas bzw. der Myokymie Schultzes oder den peripheren Krämpfen Bittorfs gehörig betrachten kann. Auf Grund des anatomischen Befundes kommt Verf. zu dem Schluß, daß tatsächlich eine Wesensverwandtschaft zwischen der Myotonie und den erworbenen Krampferscheinungen besteht.

Der von Glueck klinisch behandelte Fall einer myoklonischen Epilepsie (Unverricht) wurde von **Lafora** (39) histopathologisch untersucht. Letzterer fand im Innern der Ganglienzellen zahlreiche Amyloidkörperchen; am stärksten traten diese in den Ganglienzellen der zweiten, dritten und vierten Schicht der Gehirnrinde auf, weiter in den Vierhügeln, im Sehhügel, in der Oblongata und in den Hinterhörnern des Rückenmarkes. Außerdem waren noch perivaskuläre Blutungen, Vermehrung der Glia und Sklerose einiger mittelgroßer Pyramidenzellen festzustellen. Die Milz zeigte eine starke Plasmazelleninfiltration, welch letztere wohl auf die voraufgegangene Malariainfektion zurückzuführen ist.

Heilig (26) gibt an der Hand eingehender Literaturangaben und eines selbst beobachteten Falles eine ausführliche Schilderung der Differentialdiagnose zwischen Paramyoklonus und allen möglichen anderen Erkrankungen. So steht z. B. das bekannte Friedreichsche Syndrom in engsten Beziehungen zur Epilepsie, weiter gibt er fließende Übergänge zwischen Hysterie und Paramyoklonus, während die Differenzierung gegen die Chorea relativ leicht ist, ebenso gegen Tics und die Maladie des Tics. Bisweilen tritt vielleicht ein traumatischer Paramyoklonus auf. Der symptomatische Paramyoklonus ist keine Krankheit sui generis; er kommt auch bei organischen Gehirnerkrankungen vor. Bezüglich der Lokalisation der Störung hat die Anschauung wohl das meiste für sich, die den Sitz in die Vorderhörner des Rückenmarks verlegt, weil diese Auffassung die einzige ist, die bisher durch Anlehnung an das Experiment zu stützen gesucht wurde.

Dserjschinski und **Koschewnikoff** (14) berichten über einen Fall von Myoklonia familialis, in dem die Zuckungen am stärksten im Schlaf auftraten; die Sehnenreflexe waren gesteigert. Babinski und Klonus negativ. In den Beinen leichte ataktische Erscheinungen. Die ältere Schwester der Patientin litt an epileptiformen Anfällen. (*Kron.*)

Flatau und **Sterling** (19) beschreiben 2 Knaben jüdischer Abstammung, bei denen ganz schleichend ein allgemeiner Muskelspasmus von ziehendem und drehendem Charakter entstand, wobei die Krankheit deutlich progressiv war. Der Spasmus bemächtigte sich allmählich fast sämtlicher Muskeln des Körpers; die spastischen Bewegungen waren langsam und nur gelegentlich stoßweise.



Ein ganz analoges Bild ist bisher nicht beschrieben worden. Ähnlichkeit ist vorhanden in den Fällen von Ziehen, Schwalbe, Oppenheim (und Jakobsohn, Ref.). Den Verff. scheint zwischen dem beschriebenen Leiden und der Athétose double noch die meiste Ähnlichkeit zu bestehen; immerhin unterscheiden sich auch die beiden Erkrankungen nicht unerheblich; bei dem vorliegenden Leiden ist der Beginn zunächst in einer Extremität, und zwar meist in einem Fuß. Der Typus der Bewegungen unterscheidet sich von der Athétose durch Beimengung ruck- und stoßweiser Bewegungen. Ferner treten motorische Akte von großen Amplituden häufig hinzu. Die Hilfsbewegungen tragen hier einen bizarren Charakter, und die Lokalisation ist mehr proximaler. Die Intelligenz ist ungestört.

Für den Neurologen hat eigentlich nur der Teil der Arbeit von **Raudnitz** (63) Interesse, der vom Nystagmus handelt. Verf. kommt nach eingehenden Versuchsreihen zu dem Ergebnis, daß bei Hunden, die man von der Geburt an im Dunkeln hält, in der 6. bis 8. Woche Nystagmus, im 3. bis 4. Monat Kopfschütteln eintritt. Hält man Hunde von der 2. bis 5. Lebenswoche dauernd im Dunkeln, so treten die Erscheinungen später auf; das Kopfschütteln kann dann fehlen. Nach dem 2. Lebensmonat ist die Dunkelhaft wirkungslos. Entwicklungsgang, Auftreten und gegenseitige Abhängigkeit beider Erscheinungen sind die gleichen wie beim Spasmus nutans. Der Nystagmus ist immer synchron, anfangs nur horizontal, später auch rotatorisch, erscheint zu Beginn nur bei einzelnen Blickrichtungen und bei festgehaltenem Kopf, in voll ausgebildeten Fällen wechseln Kopfschütteln und Augenzittern miteinander ab. Der Nystagmus verschwindet in tiefer Narkose, um beim Erwachen aus derselben sofort wieder einzusetzen.

Hartenberg (25) beschreibt einen Fall von Schreibkrampf, als dessen Ursache er eine Hypotonie der Muskulatur ansieht. Verf. meint, daß hier eine Störung in den Hirnzentren vorliege, welche für die Regulierung des Muskeltonus vorhanden sind.

Ascenzi (4) gibt in seiner Arbeit eine eingehende Schilderung der verschiedenen Auffassungen über den Spasmus nutans und beschreibt einen Fall, bei dem er das Auftreten der Kopfbewegungen als epileptisches Symptom ansieht. Bromtherapie erwies sich als sehr wirksam.

Waldvogel (78) unterzieht sich der m. E. sehr dankenswerten Aufgabe, den Gastrospasmus der alten Kliniker, der lange Zeit als längst überholt und veraltet galt, wieder zu Ehren zu bringen. Nach ihm ist der Gastrospasmus eine sehr häufige, wenn nicht die häufigste Erkrankung des Magens; die Sekretionsverhältnisse sind bei diesen Kranken sehr wechselnd und von geringer Bedeutung. Bezüglich der Aufblähung des Magens zu Untersuchungszwecken hält Waldvogel noch immer die alte Co-Methode für am richtigsten. Diagnostiziert wird der Gastrospasmus aus den Symptomen: Druck, Völle, Schmerz, Aufstoßen von Luft, Fehlen palpabler Magenveränderungen und dem Hochstand der unteren Magengrenze nach Aufblähung, d. h. wenn der untere Magenrand 2—3 querfingerbreit über dem Nabel steht. Therapeutisch empfiehlt Waldvogel Atropin in Pillen zu 0,0005 2mal täglich, eventuell 3mal täglich 3—5 Tropfen Opiumtinktur und heiße Kompressen.

In einer sehr eingehenden Monographie über den schnellenden Finger kommt **Poulsen** (61) zu dem Resultat, daß die in Frage stehende Erscheinung am häufigsten von Veränderungen im vagino-tendinösen Apparat, von Tumoren auf der Sehne oder Verengungen in der Sehnenscheide, gelegentlich auch von Veränderungen an beiden Stellen herrührt. Seltener handelt es sich um Gelenkveränderungen. Der Tumor kann durch Lösen der Sehnenbündel



traumatisch (z. B. durch Stichwunde) entstehen; sind direkte Traumen auszuschließen, so kann er sich durch Druck der Sehne gegen eine vorspringende Partie der Sehnenscheide bilden; sehr oft ist der Vorsprung eine Verengung, kongenital oder erworben, hier und da durch Druck von außen, z. B. bei der Arbeit, erzeugt.

Angio-Trophoneurosen.

Ref.: Priv.-Doz. Dr. R. Cassirer-Berlin.

1. Aka, P., et Lafon, Ch., Maladie de Raynaud à localisations nasale et auriculaire et erythromélalgie chez un enfant. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 5. p. 398.
2. Albrecht, Fall von posttraumatischer Erythromelalgie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1321. **(Sitzungsbericht.)**
3. Appel, Sclerodermia universalis mit Sklerodaktylie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2585. **(Sitzungsbericht.)**
4. Bathurst, W. R., Symmetrical Gangrene. Journ. of Arkansas Med. Soc. Aug. VIII. No. 3.
5. Beck, C., Symmetrical Gangrene (Raynauds Disease) of Both Feet. Internat. Clin. 21. s. I. 129—138.
6. Benders, A. M., Ein Fall von halbseitiger angiospastischer Gangrän. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 43. H. 1—2. p. 1.
7. Benoist, Erythromélalgie. Thèse de Paris.
8. Berend, N., und Tezner, E., Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen der Säuglinge. Monatsschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. X. H. 7. p. 388.
9. Bettke, R., Ein Fall von Skleroderma diffusum. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 42. p. 1944.
10. Bienfait, Alfred, L'acroparesthésie. Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège. Févr. p. 33.
11. Borzęcki, Eugen, Ein Fall idiopathischer symmetrischer Hautgangrän. Archiv f. Dermatol. Bd. CVIII. H. 1—2. p. 47.
12. Bret, J., et Chalier, J., Maladie de Raynaud et lésions cardio-vasculaires (étude anatomo-clinique et pathogénique). Revue de Médecine. No. 8. p. 603.
13. Bruns, Raynaudsche Krankheit. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 226. 503. **(Sitzungsbericht.)**
14. Bumke, O., Die Störungen des sympathischen Systems. Lewandowskys Handbuch d. Neurol. 1910. I. 1004—1034.
15. Capito, G. B., Quinckes Disease, or Recurrent Circumscribed Edema. West Virginia Med. Journal. Dec.
16. Cappelli, Area Celsi e sifilide. Giorn. ital. delle mal. ven. 1912. T. LIII. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
17. Cassirer, R., Die trophischen Störungen. Handb. d. Neurol. Lewandowsky. 1910. I. 1135—1156.
18. Derselbe, Beitrag zur Lehre von den trophischen Erkrankungen. Neurol. Centralbl. p. 631. **(Sitzungsbericht.)**
19. Caubet, Henri, L'hypertrophie mammaire de la puberté. Arch. de méd. des enfants. p. 172.
20. Chiara, D. de, Sopra un caso di geroderma genito-distrofico. La Riforma medica. 27. 1239.
21. Choyce, C. C., Symmetrical Gangrene of both Legs, Fingers of both Hands and Nose. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 4. Clinical Section. p. 77.
22. Delbanco, Bandförmige Form der Sklerodermie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2418. **(Sitzungsbericht.)**
23. Deutschländer, Metatraumatische angio-neurotische Gangrän. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1476. **(Sitzungsbericht.)**
24. Ehrenberg, G., Beteiligung des Urogenitalapparates bei einem Fall von Sklerodermie. Berliner klin. Wochenschr. No. 30. p. 1382.
25. Fearnsides, E. G., Functional Hysterical Trophoedema. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 7. Dermatological. Section. p. 84.
26. Fedorowitsch und Mirotworzew, Zur Kasuistik der Knochenresorption des vorderen Fussabschnittes. Mal perforant du pied. Charkowsches med. Journal. 6. 283.



27. Ferguson, A. H., Raynauds Disease. Surgery, Gynecol. and Obstetrics. Dez.
28. Folly, Maladie de Raynaud chez un jeune homme de 22 ans. Union méd. du nord-est. 1910. XXXIV. 246—248.
29. Friedländer, Martin, Fälle von nervöser Dermatose. Berliner klin. Wochenschr. p. 2087. (Sitzungsbericht.)
30. Gaucher, Claude, Octave, et Croissant, Maladie de Raynaud d'origine syphilitique. Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. No. 6. p. 231.
31. Griffith, T. Wardrop, On the Changes in the Bones Observed in a Case of Raynauds Disease. Medical Chronicle. Sept. p. 360.
32. Hamburger, Franz, Ueber den vasoneurotischen Symptomenkomplex bei Kindern. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 42. p. 2201.
33. Harbitz, Francis, Kasuistik über Angioneurosen. 1. Akutes paroxystisches Oedem mit tötlichem Verlauf — auf hereditärer Basis. 2. Symmetrische Gangrän. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2557.
34. Herbert, Henry, A Case of Hyperhidrosis Universalis with Continuous Fever. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 20. p. 1607.
35. Herzog, Fall von chronischem teigigem Oedem im Gesicht. Münch. Mediz. Wochenschrift. p. 1891. (Sitzungsbericht.)
36. Hess, L., und Königstein, H., Ueber Neurosen der Hautgefässe. I. Mitteilung. Wiener klin. Wochenschr. No. 42. p. 1460.
37. Hinsdale, W. B., Angioneurotic Oedema. Med. Century. XVIII. 207—209.
38. Hofmann, Max, Beiträge zur Entstehung und Behandlung des Mal perforant du pied. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 73. H. 1. p. 127.
39. Holländer, E., Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn Dr. A. Simons in dieser Zeitschrift (5. 29. 1911.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. V. H. 4. p. 633.
40. Huismans, Sklerodermie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 765. (Sitzungsbericht.)
41. Jerusalémy, J., Sclérodactylie et lèpre. Revue de Méd. et d'Hygiène tropicales. T. VIII. No. 2. p. 77.
42. Job et Caussade, Un cas de tache bleue congénitale mongolique. Revue méd. de l'Est. p. 307—308.
43. Katz, Fritz, Über Dyspraxia intermittens angiosclerotica sive angiospastica verschiedener Organe. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
44. Klinger, Fall von Sklerodermie. Berl. klin. Wochenschr. 1912. p. 133. (Sitzungsbericht.)
45. Königstein, Hans, und Hess, Ueber Krisen im Laufe der Sklerodermie. Wiener klin. Wochenschr. p. 435. (Sitzungsbericht.)
46. Kuhn, A. A., Angioneurotic Oedema. Amer. Journ. of Dermatol. XV. 313.
47. Langmead, F., Sclerodermia with Myositis Fibrosa. — Sclerema. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Section for the Study of Disease in Children. p. 6—7.
48. Leimdörfer, Chronischer Gelenkrheumatismus und Erythrodermie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1685. (Sitzungsbericht.)
49. Lemmon, G. B., A Case of Raynauds Disease. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 4. p. 290.
50. Little, E. G. Graham, Case of Vitiligo. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 2. Dermatological Section. p. 25.
51. Mager, Fall von Sklerodermie. Wiener klin. Wochenschr. p. 732. (Sitzungsbericht.)
52. Marcuse, Max, Zur Frage der Erblichkeit und des Wesens der Psoriaris. Dermatol. Zeitschr. Bd. 18. H. 11. p. 972.
53. Masskow, Sklerodermie. Berliner klin. Wochenschr. p. 496. (Sitzungsbericht.)
54. Moritz, Fall von Sklerodermie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 297. (Sitzungsbericht.)
55. Mouiz de Aragas, E., Un cas de maladie de Silva Lima (aïnhum). Rev. de méd. et d'hyg. trop. 1910. VII. 205.
56. Müller, Josef, Ein Beitrag zur Frage der Alopecia totalis neurotica. Inaug.-Dissert. Würzburg.
57. Nagayo, Sklerodermia diffusa. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 736.
58. Neri, L., Su di un caso di morbo di Paget. Gazz. internaz. di med. 1910. XIII. 892—897.
59. Oppenheim, H., Zur Lehre von den neurovaskulären Erkrankungen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 41. H. 4—6. p. 376.
60. Parry, P. Wilson, A Case of Tropho-Neurotic Anemia; A Sequel. The Lancet. II. p. 17.
61. Paschkis, Heinrich, Über Hypertrichosis. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 6—7. p. 369. 448.



62. Payenneville, Un cas de maladie de Quincke. Normandie méd. 1910. XXVI. 493—495.
63. Peiser, Amalie, Beitrag zur Frage der vasomotorischen Neurosen. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
64. Pels - Leusden, Fall von Sklerodaktylie. Berl. klin. Wochenschr. p. 1154. **(Sitzungsbericht.)**
65. Petges et Bonnin, Maladie de Raynaud, avec coexistence du syndrome addisonien. Journal de Méd. de Bordeaux. XII. No. 10. p. 149.
66. Phleps, Über Sklerodermie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1449. **(Sitzungsbericht.)**
67. Presslich, Wilhelm, Zur Kasuistik der Hemihyperidrosis und paradoxen Schweisssekretion. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 17. p. 1102.
68. Rad, v., Fall von Gliosis unilateralis, der mit ungewöhnlich schweren vasomotorisch-trophischen Störungen einherging. Münch. Mediz. Wochenschr. 1910. No. 50.
69. Rauzier, G., Un cas de Sclérodactylie. Gaz. des hôpitaux. No. 25. p. 365.
70. Richardson, C. W., Vaso-motor Disturbances of the Upper Air Tract. The Laryngoscope. Vol. XXI. No. 8. p. 848.
71. Roger, H., Un cas de Sclérodactylie. Montpellier médical. p. 179.
72. Rohrbach, 2 Fälle von Sklerodermie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
73. Ronco, G., Sulle ematurie angio-neurotiche. Mese Terapeutico. No. 3.
74. Roque, G., et Chalier, J., Rétrécissement mitral et maladie de Raynaud. Lyon médicale. T. CXVII. No. 35. p. 447. **(Sitzungsbericht.)**
75. Rosenau, M. J., and Anderson, J. F., Ainhum. Handb. Pract. Treat. (Musser & Kelly.) Philad. and London. II. 715.
76. Roth, O., Beitrag zur Kenntnis der mit Fieber einhergehenden vasomotorischen Neurosen. Neurol. Centralbl. No. 16. p. 898.
77. Roubier, Ch., et Lacassagne, Ant., Un cas de sclérodermie progressive avec quelques réflexions sur sa pathogénie. Lyon médical. T. CXVI. No. 3. p. 97.
78. Schalyt, J., Zur Frage des malum perforans pedis. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. 10. 1631.
79. Schemensky, Fall von multipler symmetrischer Lipomatosis. Münch. Mediz. Wochenschrift. p. 2804. **(Sitzungsbericht.)**
80. Schmidt, H. E., Fall von Hyperhidrosis manuum. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 911.
81. Scholefield, R. E., and Weber, F. Parkes, A Case of Sclerodactylia with Subcutaneous Calcaneous Concretions. The Brit. Journ. of Dermatol. Vol. XXIII. No. 9. p. 276.
82. Schreiber, G., L'oedème aigu circonscrit des paupières. Manifestation de l'anaphylaxie. Arch. de méd. des enfants. p. 280.
83. Shimazono, J., Über Erythromelalgie, zugleich einem Beitrag zur hydropischen Erweichung des Rückenmarks (Minnich). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 42. H. 1—2. p. 167.
84. Short, Raynauds Disease. Birmingh. Med. Rev. LXIX. 183.
85. Sibley, W. Knowsley, Discoloratio unguium. The Brit. Journ. of Dermatol. Vol. XXIII. No. 9. p. 281.
86. Sicard et Bloch, Marcel, Maux perforants „idiopathiques". Revue neurologique. I. p. 506. **(Sitzungsbericht.)**
87. Simons, A., Eine seltene Trophoneurose („Lipodystrophia progressiva"). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 1. p. 29.
88. Stockes, J. E., Case of Raynauds Disease. Old Dominion Journ. of Med. and Surgery. Dec.
89. Thibierge, G., et Weissenbach, R. J., Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie. Ann. de Dermatol. T. II. No. 3. p. 129.
90. Truffi, Tricofizia ungeale. Giorn. ital. delle mal. ven. 1912. T. LIII. p. 114. **(Sitzungsbericht.)**
91. Vignolo - Lutati, Sopra un caso di nevrodermite lineare psoriasiforme. Sul cosidetto lichen albus di Zumbusch. Giorn. ital. delle mal. ven. 1912. T. LIII. p. 42. **(Sitzungsbericht.)**
92. Voivenel et Fontaine, Léon, Acrocyanose et hypothyroïdie. Le Progrès médical. No. 41. p. 497.
93. Wannamaker, T. E., Raynauds Disease. Journ. of South Carolina Med. Assoc. July.
94. Weber, F. Parkes, Tropho-neurotic Separation of Nails. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 9. Dermatol. Section. p. 137.
95. Whiphan, T. R., Recurrent Unilateral Oedema. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Section for the Study of Disease in Children. p. 14.
96. Willson, R. N., Fatal Vasomotor Gangrene. New York Med. Journ. XCIV. No. 15.



97. Wyn, C. L., Die Aetiologie und Behandlung der diffusen Sklerodermie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55. (2.)** 153.
98. Yamada, Sh., Zwei Fälle von Sklerodermie. Japan. Zeitschr. f. Dermatologie. No. 10. p. 1107.

Bret et **Chalier** (12) berichten über vier Fälle Raynaudscher Krankheit. In zwei Fällen wurden die untersuchten peripherischen Nerven intakt befunden. Verff. sind geneigt, die Kombination von Veränderungen der kleinen peripheren Arterien und dem neurogenen Spasmus der Gefäße für die Entstehung von Synkope und Gangrän verantwortlich zu machen.

Ehrenberg (24) berichtet über die Beteiligung des Urogenitalapparates in einem Fall von Sklerodermie, der eine 51jährige Frau betrifft. Schon von jeher hatte hier eine Neigung zur Zyanose der Hände bestanden; seit acht Jahren wurden die Hände steif, die Finger zogen sich zusammen, es traten Panaritien auf. Dann traten die Erscheinungen der sklerodermatischen Maske auf; vor sechs Jahren begannen quälende Schmerzen in der Vagina, im letzten Jahr Harndrang. Bei der Untersuchung fand sich eine diffuse schwere Sklerodermie; diese betraf auch die Schleimhaut der Mundhöhle; an den Fingern fehlten einzelne Phalangen ganz; der Scheideneingang ist eng, geschrumpft, ebenso die kleinen Labien, die Vagina selbst. Die Schleimhaut der Blase ist atrophisch, blaß, zum Teil infiltriert; an einer Stelle hat man den Eindruck einer umschriebenen trockenen Gangrän.

Die histologische Untersuchung eines exzidierten Stückchen von Labium minus ergab eine Zunahme der elastischen Fasern und Reduktion des kollagenen Gewebes. Merkwürdig waren noch tumorartige Erhebungen zu beiden Seiten der Nates, etwa in der Gegend der Tubera ischii. Fibrolysin wurde ohne Erfolg versucht.

Parry (60) berichtete über einen Fall von Anämie, bei dem er zu wiederholten Malen intramuskuläre Arseninjektionen sehr nützlich fand. Warum der Autor von trophoneurotischer Anämie spricht, vermag ich nicht einzusehen.

Aka et **Lafon** (1) beschreiben ein zwölfjähriges Kind, das angeblich im Winter 1904 eine Erfrierung an Nase und Ohren erlitten hatte; doch ist das recht zweifelhaft; jedenfalls waren in diesem und den folgenden Wintern die betreffenden Teile rot und geschwollen; dann wurden sie blau, und es bildeten sich kleine Nekrosen, die von heftigen Schmerzen begleitet waren. Auch die Hände wurden blau und geschwollen. Die Nase ist jetzt dauernd übermäßig groß, in der Peripherie weinrot; bei geringer Kälte schon blau; diese Verfärbung vertieft sich bei zunehmender Kälte immer mehr. Die Nekrosen, die zwei Winter fast verschwunden waren, traten unter heftigen Schmerzen im letzten Winter wieder auf. Die Ohren sind geschwollen, aber nicht deformiert; einmal war an der rechten Ohrmuschel auch eine Nekrose entstanden. Die Hände bieten denselben Anblick wie die Ohren; hier war niemals eine Nekrose eingetreten. Im Sommer sind die Hände von normalem Umfang, aber rot und zeigen eine Hyperhidrosis. Das ist anscheinend der Grund, warum die Autoren von einer Kombination von Erythromelalgie und Raynaud sprechen.

Hamburger (32) macht auf das häufigere Vorkommen vasoneurotischer Symptome bei Kindern aufmerksam und bespricht kurz die dabei in Betracht kommenden einzelnen Symptome und Symptomkombinationen.

Bettke (9) sah einen Fall von Skleroderma diffusum, in dem anscheinend unter dem Einfluß von Thiosinamin und Anwendung des faradischen und galvanischen Stromes eine ziemlich erhebliche Besserung eintrat, selbst an den schon atrophischen Stellen. Später Exitus an Lungenentzündung.



Hess und **Königstein** (36) berichten über Neurosen der Hautgefäße. Sie nehmen, wie für die inneren Organe, so auch für die Gefäße der Haut, eine doppelte Innervation an: Vasokonstriktoren vom sympathischen System im engeren Sinne, Vasodilatatoren vom „autonomen" System. Die Fasern des letzteren verlaufen wahrscheinlich gemeinsam mit den Schmerzbahnen. Es gibt ein Gegenbild zur vasomotorischen Neurose Nothnagels: Ein 15jähriges Mädchen, seit Monaten an hochgradiger Hyperdriosis manuum leidend, zeigt helle Röte und Hitze der Hände; alles das steht in Abhängigkeit von psychischen Vorgängen. Atropin war wirksam; das entspricht den theoretischen Anschauungen; es hemmt die autonomen Fasern. Ein zweiter ähnlicher Fall betrifft einen 22jährigen Mann, von früher Jugend auf neuropathisch. Durch das Fehlen der Schmerzen weichen die Bilder von der Erythromelalgie ab. Interessant ist ein Fall von Sklerodermie, bei dem neben vasokonstriktorischen Symptomen vom Typus Raynaud gelegentlich vasodilatatorische auftraten: helle Röte, profuser Schweißausbruch; im Zustand des Gefäßkrampfes bestand depressiver Affekt, nach Lösung des Krampfes eine mehr euphorische Stimmung. Im ersten Stadium war die Patientin gegen Pilokarpin unempfindlich, sie schied nach Einführung von Traubenzucker und subkutaner Adrenalininjektion erhebliche Zuckermengen aus und führte zu dieser Zeit im Serum eine Substanz, die die Froschaugenpupille erweiterte. Im zweiten Stadium wirkte Pilokarpin sehr intensiv, die mydriatische Substanz war verschwunden. Die Fortführung ähnlicher Versuche wäre sehr erwünscht.

Herbert (34) berichtet von einem 22jährigen Mann, der seit vier Jahren dauernd schwitzt; nur die Regio suprascapularis und occipitalis ist anidrotisch. Dabei besteht kontinuierlich Temperaturerhöhung. Keine Ursache auffindbar. Es wird ein das Ganglion cervicale inferius betreffender Reizzustand angenommen.

Lemmon (49): Unklarer Fall von multipler Gangrän, die zum Teil sehr ausgedehnt war; jedenfalls sicher kein Raynaud, trotzdem er als solcher mitgeteilt wird.

Rauzier (69) beobachtete folgenden Fall. Eine 51jährige Frau erkrankte vor $4^1/_2$ Jahren mit Parästhesien in den Fingern, links stärker als rechts auftretend, zugleich stellte sich auch eine Schwäche ein. Die Störungen nahmen immer mehr zu. Angeblich hat vor 18 Jahren schon einmal ein ähnlicher Zustand vorgelegen, der nach 1jähriger Dauer spontan in Heilung überging. An beiden Händen ist die Haut geschwollen, unverschieblich, von normaler Färbung, die Schwäche ist sehr erheblich, die Sensibilität für Nadel und Pinsel ist stark herabgesetzt, Heiß und Kalt werden empfunden. Die Muskeln sind nicht atrophisch. Im Gesicht bestehen leichte beginnende Veränderungen. Im Anschluß an die mitgeteilte Krankengeschichte gibt Rauzier eine zusammenfassende kurze Übersicht über die Sklerodermie.

Hofmann (38): 15 Fälle von Mal perforant bei Südtirolern, die schwere Arbeit, meist stehend, verrichten mußten und stark dem Weingenuß ergeben waren. Als Ursache ließ sich weder eine Tabes, noch eine Syringomyelie, noch sonst ein spinales oder peripheres nervöses Leiden nachweisen. In der Mehrzahl der Fälle waren als einziges nervöses Symptom Sensibilitätsstörungen entsprechend der unmittelbaren Nachbarschaft des Geschwürs, selten in etwas größerer Ausdehnung nachweisbar. Als ätiologisches Moment konnte nur chronischer Alkoholismus, verbunden mit schwerer Arbeit im Stehen bei älteren Leuten männlichen Geschlechts festgestellt werden. „Man muß wohl annehmen, daß der Alkohol einerseits eine verminderte Resistenz der Gewebe schafft, andererseits aber doch auch in den peripheren Nerven, vielleicht auch im



Rückenmarke selbst Veränderungen setzt, und daß diese mit dem Mal perforant in kausale Beziehungen zu bringen sind." In 3 Fällen betraf das Mal perforant Brüder. In den meisten Fällen waren die benachbarten Gelenke und Knochen miterkrankt und zeigten im Röntgenbilde das typische Bild der neuropathischen Arthropathie. Die Therapie des Verf. ist eine chirurgische und besteht in Entfernung des erkrankten Gewebes.

Shimazono (83): Bei einem mit Tuberkulose komplizierten Falle von Erythromelalgie wurde Sklerose der Hinterstränge, hydropische Erweichung des Rückenmarks, starke Degeneration der peripherischen Nerven und Muskeln der unteren Extremität, leichte Arteriosklerose und Thrombose einer Vene im M. gastrocnemius beobachtet. Die Symptome der Erythromelalgie hatten sich anfangs im Anschluß an Beriberi entwickelt, von der aber später nichts mehr nachzuweisen war. Die hydropische Erweichung des Rückenmarks ist nach Minnich vermutlich eine präagonale resp. postmortale Veränderung. Die Affektion der peripheren Nerven kann — in Übereinstimmung mit einem Befunde von Weir Mitchell das anatomische Substrat der Erythromelalgie sein. In einem zweiten Falle scheint jedoch das Leiden eine rein funktionelle Grundlage zu haben.

Oppenheim (59) hat seit mehr als 2 Dezennien sein Interesse der Frage zugewandt, welche Rolle das Nervensystem und die nervösen Erkrankungen in der Pathogenese der kardiovaskulären Krankheiten spielen, und insbesondere, ob Herzneurosen in organische Krankheiten des Herzens und des Gefäßsystems übergehen. Oppenheim hat seit 1888 eine Reihe von Traumatikern beobachtet, bei denen sich unter seinen Augen der Übergang einer Herz- und Gefäßneurose in eine arteriosklerotische Erkrankung des Herzens und der Arterien vollzog. In einem dieser Fälle entwickelte sich im Laufe von 4 Jahren eine Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel, an der der Patient zugrunde ging. Diese Erfahrungen konnte Oppenheim dann an einem anderen Material bestätigen und erweitern, nämlich an russisch-jüdischen Patienten. Unter dem Einflusse der überaus heftigen seelischen Erregungen, insbesondere der depressiven Daueraffekte, denen diese Menschen ausgesetzt sind, erkranken sie sehr häufig an Herz- und Gefäßneurosen. Oppenheim teilt mehrere Fälle mit, bei denen er selbst die Entwicklung einer echten Angina pectoris aus einer Herzneurose verfolgt hat. In dieser selben Menschenklasse wird auch das intermittierende Hinken sehr häufig beobachtet, in der Regel vereinigt mit Beschwerden und Symptomen neuropathischer Natur. Bei einigen Fällen dieser Art ließ sich einwandsfrei feststellen, daß das intermittierende Hinken eine vasomotorische Neurose war, bestehend in einem Spasmus der Gefäßmuskeln bei intakter Gefäßwand. Auch diese Fälle können in die echte Form der Dysbasia angiosclerotica übergehen. Immerhin sind bei der großen Verbreitung der kardiovaskulären Neurosen die echten Angiopathien eine verhältnismäßig seltene Affektion. Es ist daher sehr wahrscheinlich, daß ein endogenes Moment an der Entstehung der Dysbasia angiosclerotica wesentlich beteiligt ist, sei es eine angeborene Enge des Gefäßsystems oder eine abnorme Zartheit der Gefäßwand. Die große Häufigkeit von Degenerationsstigmata bei den Kranken mit Dysbasia angiosclerotica spricht im gleichen Sinne. „Es gibt eine minderwertige Anlage, die zugleich das Nervensystem und den Gefäßapparat betrifft. Die so veranlagten Individuen besitzen eine ausgesprochene Prädisposition zur Erkrankung an Dysbasia angiosclerotica." Bei Gelegenheit der Ausführung der Wietingschen Operation wurde denn auch wiederholt eine abnorm kleinkalibrige Arteria und Vena femoralis vorgefunden. Meist bedarf es jedoch noch des Hinzutretens exogener Schädlichkeiten wie Nikotin-



mißbrauch, Lues, Alkoholismus, Überanstrengung der Beine, Kälteeinwirkungen usw., um das Leiden zur vollen Entwicklung zu bringen. Endlich ist auch an eine von Haus aus veränderte Erregbarkeit des Gefäßnervenapparates zu denken, wenn auch dafür nicht genügende Beweise vorliegen.

Harbitz (33): 1. Ein 20 jähriger Matrose, der schon früher vorübergehende Anfälle von Anschwellungen vornehmlich an Hals und Kopf gehabt hatte, und in dessen Familie ähnliche Fälle vorgekommen waren, starb in einem solchen Anfalle an einem hinzugetretenen akuten Glottisödem. Die Leiche zeigte eine starke ödematöse Schwellung des ganzen Kopfes und Halses, besonders der Augenlider und der seitlichen Halsteile. Auch Lippen und Zunge waren stark geschwollen und zyanotisch, ferner der weiche Gaumen und die gesamten Schlundteile, am stärksten die Ligamenta aryepiglottica. Nirgends zeigten sich Membranen, Geschwürsbildung oder Blutung und überhaupt wenig Hyperämie. Die Schilddrüse war nicht geschwollen. Es war Lungenödem und Blutüberfüllung sämtlicher inneren Organe vorhanden. Der sofort nach dem Tode entnommene Urin war eiweißfrei. Die mikroskopische Untersuchung der Organe zeigte nichts Besonderes. Ein Bruder des Patienten, der Vater, der Großvater und zwei Schwestern des Großvaters hatten ähnliche Anfälle, der Vater scheint in gleicher Weise daran gestorben zu sein.

Verf. berichtet noch über einen zweiten gutartigen Fall von angioneurotischem Ödem, bei dem Mutter und Schwester dasselbe Leiden hatten.

2. 20 jähriges Mädchen, in den Kinderjahren viel von Nagelpanaritien geplagt. Seit mehreren Jahren hat sie bemerkt, daß die Hände leicht blau wurden. Später bildeten sich nach ganz kleinen Verletzungen am Nagelglied des rechten und am mittleren Glied des linken Zeigefingers nagelgroße kutane gangränöse Partien um die Wunden herum. Die Wunden heilten sehr langsam zu, nachdem die gangränösen Partien entfernt waren. Ein Jahr später verbrannte sie sich die rechte Daumenspitze durch Wasserdampf; 4 Stunden später war der Finger gefühllos, am nächsten Tage bis zur Nagelwurzel und nach 8 Tagen total gangränös, worauf er amputiert wurde, da keine Demarkation eintrat. Im nächsten Jahre schnitt sie sich ganz wenig in den linken Daumen, welchen darauf das gleiche Schicksal ereilte. Die anatomische Untersuchung dieses Fingers ergab stark kontrahierte Arterien, sonst aber weder an Gefäßen noch Nerven etwas Besonderes. Auch die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus.

v. Rad (68): Bei einer 68 jährigen Frau, die 20 Jahre lang an einer ziemlich stationären linksseitigen Gliosis mit Schwäche der linken Hand, Temperatursinnstörung und leichten Hautaffektionen litt, entwickelten sich akut in rascher Aufeinanderfolge schwere vasomotorisch-trophische Störungen. Zunächst trat eine Neigung zu Hämorrhagien auf. Es kam spontan im linken Bizeps zu einem nahezu faustgroßen Bluterguß, außerdem bildeten sich im Anschluß an ganz oberflächliche Nadelstiche ca. handtellergroße subkutane Hämorrhagien, später entwickelten sich solche Hautblutungen auch spontan. Weiterhin wurde ein sich sehr rasch ausbreitendes spinales Ödem beobachtet, daß zunächst den linken Arm, später auch das linke Bein betraf. Nach Rückgang desselben kam es zu einer außerordentlich rasch sich verschlimmernden Arthropathie im linken Schultergelenk. Gleichzeitig mit dem Ödem des linken Armes trat eine sehr starke Hyperhidrosis auf, die auf diese Extremität beschränkt blieb. 4 Monate nach Beginn der akuten Erscheinungen Exitus an Enteritis und Herzschwäche, nachdem es vorher noch zu bulbären Störungen gekommen war. Sektion verweigert.



Simons (87): Bei einem 21 jährigen Mädchen von psychopathischer Veranlagung hatte im 11. Jahre gleichzeitig mit dem Beginne stärkeren Wachstums eine doppelseitige Abmagerung im Gesicht begonnen, die zunahm und sich langsam und gleichmäßig über den ganzen Rumpf und die Arme verbreitete. Vor 5 Jahren begann das Gesäß ungewöhnlich dick zu werden. Status: Völliger Fettschwund im Gesicht, am Rumpf und an den Armen, auffallende Fettvermehrung am Gesäß. Das Gesicht gleicht einem Totenkopfe. Die Haut zeigt keine krankhaften Veränderungen, höchstens eine eigentümlich graue, etwas schmutzige Verfärbung im Gesicht. Der Befund seitens des Nervensystems ist, abgesehen von einem Nystagmus rotatorius und leichten ticartigen Zuckungen in der Mundmuskulatur vollkommen normal. Ein Stoffwechselversuch ergab keine greifbare Stoffwechselanomalie. Die Thyreoidea ist zu fühlen, die Röntgenuntersuchung ergibt keine Knochenatrophien. Es handelt sich danach um eine Trophoneurose, für die Verf. den obigen Namen vorschlägt. E. Holländer hat der Kranken eine Mischung von Menschenfett und Hammeltalg unter die Gesichtshaut gespritzt und damit einen einstweiligen guten kosmetischen Erfolg erzielt.

Roubier und **Lacassagne** (77) haben einen Fall von Sklerodermie beobachtet, der sich anfangs auf die Hände beschränkte und die Gesichtshaut in Mitleidenschaft zog, und zwar bei Epileptischen mit tuberkulösen Antezedentien. Nachdem die Autoren alle auf die Natur des Leidens sich beziehenden Ansichten besprochen haben, namentlich hinsichtlich der ätiologischen Rolle, die das Nervensystem, die Drüsen mit innerer Sekretion und die Intoxikationen oder Infektionen dabei spielen, stellen sie fest, daß bei ihrer Patientin jede organische Nervenerkrankung fehlt, die Epilepsie aber schon viel früher als die Sklerodermie auftrat. Jedenfalls besteht ein debiles Nervensystem, das gegen Intoxikationen nicht widerstandsfähig ist. Schilddrüseninsuffizienz schließen die Autoren aus, da Schilddrüsenbehandlung erfolglos war. Dagegen könne die Tuberkulose von ätiologischer Bedeutung sein, aber nicht durch direkte Einwirkung auf die Hautnerven, sondern es sind bei der Sklerodermie, wie es Thibierge annimmt, komplizierte Vorgänge tätig, die sich aus prädisponierenden und mechanischen Ursachen zusammensetzen, wobei das Nervensystem von nicht untergeordneter Bedeutung ist. (*Bendix.*)

Roth (76) berichtet über eine 38 jährige Patientin, die im Anschluß an eine heftige Gemütsbewegung ein akutes rezidivierendes Ekzem, besonders des Gesichts bekam. Gleichzeitig bestand eine auffallende Labilität der Temperatur und des Pulses; es konnte jedoch kein das Fieber erklärendes Grundleiden entdeckt werden, deshalb wurde ein nervöses Fieber angenommen, zumal die Steigerung der Temperatur gleichzeitig mit den Ekzemanfällen auftrat. (*Bendix.*)

Preßlich (67) teilt einen Fall von funktioneller Störung der Schweißsekretion bei einem hereditär schwer belasteten Mann mit, die sich allmählich entwickelte und neben der gewöhnlichen Hyperhidrosis der rechten Seite noch interessante Erscheinungen von „paradoxaler Schweißsekretion" der für gewöhnlich nicht gestörten linken Gesichtsseite zeigte. Auf die funktionelle, neurasthenische Ätiologie wies der Umstand hin, daß die Hyperhidrosis zeitlich mit schweren Aufregungen zusammenfiel oder sich verschlimmerte und trotz jahrelangem Bestehen keine anatomischen Läsionen sich entwickelten. (*Bendix.*)

Voivenel und **Fontaine** (92) beschreiben einen Fall von Akrozyanose bei einer 80 jährigen Frau, die seit Jahren eine Trockenheit und glänzende Beschaffenheit ihrer Hand- und Fußrücken bemerkte. Es fiel ihre leicht



bronzene Hautfarbe auf, die Haare waren sehr spärlich und hart, Augenbrauen fehlten. Die Schilddrüse war etwas vergrößert und hart. Hand- und Fußrücken waren zyanotisch, die Haut dünn und trocken. Das Gefühl war hier leicht herabgesetzt und die Temperatur herabgesetzt. Die Handflächen zeigten aber reichliche Schweißabsonderung. Die Autoren halten hier eine Kombination von Akrozyanose mit Hypothyroïdie für vorliegend. (*Bendix.*)

Benders (6) teilt folgenden Fall mit: Es handelte sich um eine 44jährige Frau, die am 13. Januar 1910 an einem maniakalischen Zustande erkrankte und am 22. Januar in eine Anstalt aufgenommen werden mußte. Am 31. Januar bekam sie anscheinend im Anschluß an sehr heftige Bewegungen, die sie mit ihrem Gesamtkörper ausgeführt hatte, bei denen vielleicht die Wirbelsäule einen intensiven Stoß erhalten hatte, heftige Schmerzen im rechten Arm und rechten Bein. Am nächsten Abend fällt auf, daß die Finger an dem schmerzhaften Arm bleich und kalt sind, am 2. Februar findet sich an den Spitzen des Daumens, des Zeigefingers, des Mittelfingers und Ringfingers der rechten Hand eine schwarze Verfärbung, diese schwarzen Teile sind trocken und hart, ebenso gangränöse Partien an allen Zehenspitzen des rechten Fußes. Die Arteria radialis fühlt sich rechts etwas härter an als links, zeigt aber einen deutlichen Puls. An der Hand begrenzt sich die Gangrän alsbald auf Teile der letzten Phalangen, am Fuß breitet sie sich weiter aus und schon am 12. Februar ist der ganze Fuß gangränös und noch an der Vorderseite des Unterschenkels finden sich talergroße Blasen, die nach ihrer Entfernung einen Substanzverlust mit blau-schwarzem Boden zurückließen. Am 15. März wird das rechte Bein 10 cm unterhalb des Kniees amputiert. An der Hand treten starke blutreiche Granulationen auf, und mit Abstoßung der nekrotischen Spitze des Zeige- und Ringfingers tritt eine allmähliche Heilung ein. Im weiteren Verlauf sind an der Hand noch leichte Sensibilitätsstörungen und Atrophien der Muskeln nachweisbar, die allmählich aber wieder verschwinden, ebenso wie die vasomotorischen Störungen. Die Wunde am Bein heilte allmählich, die Untersuchung von Gefäßen und Nerven an dem gesunden Teil des amputierten Beines ergab folgendes: Es findet sich eine sehr starke Endarteriitis, wodurch in den größeren Gefäßen nur noch ein sehr verkleinertes Lumen übrig geblieben ist, während in den kleineren Venen sowohl wie in den Arterien eine völlige oder fast völlige Verstopfung des Lumens eingetreten ist. Wo das Lumen noch etwas größer war, stülpte sich hier und da die verdickte Intima polsterartig in das Lumen hinein. Diese Auswüchse sind, zumal an den Spitzen, noch deutlich als organisierte Thromben zu erkennen, im jungen Bindegewebe findet man nämlich noch Blutkörperchen eingeschlossen. Die Untersuchung der Nerven war in ihren Resultaten negativ, weder Faserverlust noch Entartung war irgendwie nachweisbar.

Die Muskularis verhielt sich auf dem Durchschnitt ungleich; neben Teilen, wo sie als normal gelten konnte, kommen andere vor, bei denen die glatten Muskelfasern auffällig auseinander gewichen sind. Hier sind auch die Zellkerne weniger gut gefärbt. Von Hyperplasie der Vasa vasorum war nirgends eine Spur zu entdecken. Die Adventitia ist normal. Benders schreibt der Endophlebitis und Endarteriitis keine große Rolle für das Entstehen der Gangrän zu. Eher ist er geneigt, der Thrombenbildung einige Bedeutung zuzumessen, doch wagt er nicht zu entscheiden, wie groß diese sei. Er ist jedenfalls der Auffassung, daß die Alterationen der Gefäßwand durch einen Gefäßspasmus zu erklären sind. Meine Bedenken gegen die Auffassung des Benderschen Falles als eines solchen von Raynaudscher

Krankheit beruhen auf der an und für sich recht seltenen Asymmetrie, auf dem Fehlen stärkerer vasomotorischer Erscheinungen vor dem Einsetzen der Gangrän, auf der großen Ausdehnung der Gangrän am Fuße und schließlich auch auf den schweren anatomischen Veränderungen der Gefäße, die in so großer Entfernung von den gangränösen Stellen nachweisbar waren. Immerhin will ich keineswegs behaupten, daß man in der Rubrizierung des Falles nicht schwankend sein kann.

Morbus Basedowii, Myxödem, Akromegalie, Gigantismus.

Ref.: Dr. Otto Maas-Berlin (Buch).

1. Abels, Hans, Ueber Manifestationen von Athyreosis (Myxödem) beim Neugeborenen. Wiener klin. Wochenschr. p. 1581. **(Sitzungsbericht.)**
2. Alessandrini, P., Le forme fruste del morbo di Basedow. Policlinico. XVIII. No. 12.
3. Alexander, Akromegalie und bitemporale Hemianopsie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 57. **(Sitzungsbericht.)**
4. Andrews, F. W., and Branson, W. P. S., Dental Insufficiency in Acromegaly. St. Barth. Hosp. Rep. XLVI. 207.
5. Aoyagi, T., Studien über die Veränderungen des sympathischen Nervensystems, insbesondere der Neurofibrillen bei Morbus Basedowii. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 42. H. 1—2. p. 177.
6. Arnozan, N., Polinevrite in una antica mixedematosa sottoposta per tredici anni consecutivi alla medicatura tiroidinica. Gazz. internaz. di med. 1910. XIII. 1273—1275.
7. Arsumanow, A. O., Zur Kasuistik des infantilen Gigantismus mit Akromegalie. Russ. mediz. Rundschau. No. 3—4. p. 81. 117.
8. Arullani, Pier Francesco, Gotta e morbo di Basedow. Il Morgagni. No. 11. (Parte I. Archivio.) p. 428.
9. Babonneix, L., Déformations du type acromégalique chez un jeune homme de dix-sept ans. Gazette des hôpitaux. No. 70. p. 1077.
10. Ballet, Gilbert, et Laignel-Lavastine, Note anatomo-clinique sur un cas d'Acromégalie. Revue neurol. 2. S. p. 274. **(Sitzungsbericht.)**
11. Barros, J. de, Sobre a morte subita na infancia por hypertrophia do thymo. Arch. brasileiros de Psychiatria. 7. 52.
12. Beilby, George E., On the Diagnosis and Treatment of Thyroid Gland Diseases. Albany Med. Annals. Vol. XXXII. No. 11. p. 637.
13. Belajew, W., Zur Frage über den veränderten Blutbefund bei Basedowscher Krankheit und bei Struma. Russ. Arzt. 10. 255.
14. Bernhardt, M., Basedowsche Krankheit und Augenmuskellähmung. Neurol. Centralbl. No. 13. p. 706.
15. Bialy, Kasimir v., Über Morbus Basedowii mit Thymuspersistenz. Inaug.-Dissert. Greifswald.
16. Bircher, Eugen, Fortfall und Änderung der Schilddrüsenfunktion als Krankheitsursache. Ergebn. d. allgem. Pathol. XV. Jahrg. I. Abt. p. 82.
17. Bonhomme, Un cas d'acromégalie chez une imbécile. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
18. Bristow, A. T., The Diagnosis and Treatment of Graves Disease. Long Island Med. Journ. V. 43—51.
19. Broeckaert, Goitres et cancres thyroïdiens exophthalmiques. Soc. Belge de Chirurgie. 25. Juni 1910.
20. Brown, A. G., Thyroid Heart or Exophthalmic Goiter. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. June.
21. Bruch, A., Myxoedème chez un enfant de quatre mois. La Tunisie médicale. No. 6. p. 229.
22. Cantani, A., Sull'acromegalia. Clin. med. ital. 1910. XLIX. 321—370.
23. Capelle, Beziehungen der Thymus zum Morbus Basedowii. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1771.
24. Cecikas, J., Zur Pathogenese der Basedow-Krankheit. Wiener mediz. Wochenschr. No. 35. p. 2195.



25. Charpentier, J., et Jabouille, P., Nanisme myxoedémateux, absence de corps thyroïde et d'hypophyse. Examen du squelette. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 41.
26. Claude, Henri, Les états basedowiens. Rev. gén. de clin. et de thérap. 1910. XXIV. 807.
27. Derselbe et Baudouin, A., Etude histologique des glandes à sécrétion interne dans un cas d'acromégalie. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 25. p. 75.
28. Cléret, Etude sur la pathogénie du goitre exopthalmique. Thèse de Paris.
29. Codet-Boisse, Scoliose et maladie de Basedow chez une enfant de treize ans. Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux. XXXII. 32—34.
30. Coenen, H., Die Basedowsche Krankheit. Berl. klin. Wochenschr. No. 51. p. 2308.
31. Comroe, Julius H., Macroglossia. The Cleveland Med. Journ. Sept. p. 743.
32. Crile, G. W., Phylogenetic Association in Relation to Exophthalmic Goiter and Sexual Neurasthenia. Bull. of the Med. and Chirurg. Faculty of Maryland. July.
33. Derselbe, Origin and Nature of Exophthalmic Goiter. Medical Herald. Dez.
34. Cronk, F. Y., Early Recognition and Treatment of Hyperthyroidism. Journ. of Michigan State Med. Soc. Aug.
35. Crotti, A., Some Pathologic and Surgical Considerations of Exophthalmic Goiter. Ohio State Med. Journ. June.
36. Cushing, Harvey, Dyspituitarism. Harvey Lectures. p. 31.
37. Davidson, Arthur J., A Case of True Congenital Unilateral Hypertrophy. Medical Record. Vol. 80. No. 9. p. 420.
38. Deckx, H., Über Riesenwachstum. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 2. 12.
39. Demmer, Fritz, Fall von Wachstumsstörung mit Beziehung zur Akromegalie. Wiener klin. Wochenschr. p. 296. (Sitzungsbericht.)
40. Domenici, O., Di un caso d'acromegalia senza alterazione dell'ipofisi. Riv. med. XIX. 17—22.
41. Ebbell, H., Det endemiske strumas aetiologi. Norsk. Mag. f. Laegeerid. 1910. 5. R. VIII. 1131—1141.
42. Ellis, A. W. M., The Urine in a Case of Acromegaly. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 25. p. 1870.
43. Elmslie, R. C., General Thyroid Malignancy. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Clinical Section. p. 15.
44. Engelhorn, Schilddrüsenveränderungen in der Gravidität. Vereinsbeil. d. Dtsch. Mediz. Wochenschr. p. 1336.
45. Fernandez, Francisco Maria, Manifestations oculaires du goitre exophtalmique. La Prensa medica. No. 3. p. 41.
46. Fletcher, H. Morley, 1. Infantilism with Polyuria and Chronic Renal Disease. 2. Infantilism with Thyroid Inadequacy (Juvenile Myxoedema). Proc. of the Royal Soc. of Medecine. Vol. 4. No. 6. Section for the Study of Disease in Children. p. 95—96.
47. Flieg, R., Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Basedowii. Schweiz. ärztl. Mitt. u. Univ.-Inst. Zürich. 1910. 387—426.
48. Forli V., Contributo allo studio della ipertrofia congenita (iperplasia) parziale. Riv. sperim. di Freniatria. Bd. XXXVII. fasc. 4. p. 1087.
49. Freudenberg, Fall von Myxödem. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2421. (Sitzungsbericht.)
50. Fröschels, E., Ein Fall von zentraler Taubheit mit Stummheit bei Myxödem. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2. p. 233. (Sitzungsbericht.)
51. Frugoni, C., Considerazioni cliniche a proposito di un caso di „sindrome ipofisaria adiposo-genitale di Fröhlich". Bolletino delle cliniche. No. 10. p. 451.
52. Fründ, H., Die glatte Muskulatur der Orbita und ihre Bedeutung für die Augensymptome bei Morbus Basedowii. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 73. H. 3. p. 755.
53. Gebele, Experimentelle Versuche mit Basedowthymus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1748. (Sitzungsbericht.)
54. Geddes, A. C., Report upon An Acromegalic Skeleton. Journal of Anat. and Physiol. Vol. XLV. Part. III. p. 256.
55. Ghedini, G., Experimenteller und klinischer Beitrag zur Azetonitrylreaktion mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose bei Morbus Basedowi. I. Mitteilung. Wiener klin. Wochenschr. p. 736.
56. Gigon, Alfred, Der Stoffwechsel bei Myxödem. Medizin. Klinik. No. 19. p. 725.
57. Gilford, H., Ateleïosis. Progeria. Brit. Journ. of Childr. Diseases. 8. 289.
58. Giordano, G., Ricerche ematologiche su alcuni casi di gozzo semplice e di gozo Basedowiano. Gazz. internaz. di med. XLV. 1—5.
59. Gley, E., Recherches sur la pathogénie du goitre exophtalmique. II. Action cardiavasculaire des extraits de glande thyroïde (goitre exophtalmique et goitre ordinaire). Journal de Physiologie. T. XIII. No. 6. p. 955.
60. Derselbe et Cléret, Recherches sur la pathogénie du goitre exophtalmique. I. Action



cardia-vasculaire du sérum sanguin des malades atteints de goitre exophtalmique. ibidem. T. XIII. No. 6. p. 928.

61. Goldflam, S., Zur Frage des Jodbasedows. Berliner klin. Wochenschr. No. 10. p. 423. u. Neurologja Polska. No. 5.
62. Goldscheider, Fall von Akromegalie. Berliner klin. Wochenschr. p. 494. **(Sitzungsbericht.)**
63. Gottlieb, R., Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit. Experimentelles zur Theorie des Morbus Basedowii. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2161.
64. Gougerot, H., et Gy, A., Insuffisance pluriglandulaire interne thyro-testiculo-surrénale. Nouvelle observation clinique et anatomique. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 6. p. 449.
65. Gouget, A., Pleurésie et goitre exophtalmique. La Presse médicale. No. 14. p. 125.
66. Graves, W. W., Diagnosis of Hyperthyroidism. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Sept.
67. Grek, J., Das Verhalten des Blutes bei der Basedow'schen Krankheit. Tygodnik Lekarski Lwowski. No. 30.
68. Gross, Erwin, Drei Fälle von Akromegalie mit radiographischem Nachweis von Veränderungen der Sella turcica. Inaug.-Dissert. Königsberg.
69. Günzburg, Die gegenwärtigen Anschauungen über Morbus Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1213. **(Sitzungsbericht.)**
70. Haas, S. V., Disturbed Function of the Thyroid. Archives of Pediatrics. March.
71. Hanns et Hamant, Syndrome de Basedow passager chez une goitreuse et Phénomène du „doigt à ressort" généralisé à tous les doigts. Revue méd. de l'Est. p. 103—118.
72. Derselbe et Parisot, J., Elephantiasis chez une femme atteinte de maladie de Basedow. ibidem. 1910. p. 349—351.
73. Harbitz, Francis, Akromegalie und Hemiatrophia facialis progressiva. Gleichzeitige Missbildungen mehrerer Organe mit „innerer Sekretion". Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXII. No. 18. p. 801.
74. Hart, Berry, The Nature of Achondroplasia. Brit. Med. Journal. II. p. 254. **(Sitzungsbericht.)**
75. Hecht, D'Orsay, Case of Dyspituitarism. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 428. **(Sitzungsbericht.)**
76. Hennicke, C. R., Augenerkrankungen bei Myxödem. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Nov. p. 589.
77. Hertoghe, Du coma myxoedémateux. Bull. Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 2. p. 136.
78. Hertzler, Arthur E., The Relation of Pelvic Disease to Exophthalmic Goiter. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 26. p. 2076.
79. Herxheimer, Hypophysistumor mit Akromegalie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1197.
80. Hirsch, Oskar, Fall von Akromegalie. Hypophysenoperation auf endonasalem Wege in Lokalanästhesie. Wiener klin. Wochenschr. p. 923. 1174. **(Sitzungsbericht.)**
81. Hirsch, R., Der Morbus Basedowii. Hand. d. Biochem. Jena. 1910. IV. 2. Heft. 164—180.
82. Hobohm, Akromegalie. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. 1910. XIV. 1. Teil. 138.
83. Horand, René, Lésions du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique. Examen histologique de deux nouveaux cas. Revue neurol. No. 11. p. 669.
84. Hufnagel, Viktor, Basedowsche Erkrankung im Kindesalter und Skrofulose. Hanau-Kesselstadt. J. C. Kittsteiner.
85. Huggerio, Carlo, Un cas rare de Macrosomie. La Medicina italiana. No. 13—14. p. 227. 246.
86. Iscovesco, H., Les lipoïdes de la thyroïde et la théorie lipoidienne du goitre exophthalmique. Journ. de méd. int. 1910. XIV. 351—353.
87. Iverson, Studien over glandulae parathyreoideae saerlig deres forhold ved struma og morbus Basedowii. Habilitationsschrift. Kopenhagen.
88. Jacqueau, Goitre exophtalmique. Lyon médical. T. CXVI. p. 396. **(Sitzungsbericht.)**
89. Jacquet, L., et Rousseau - Decelle, L., Pelade chez un acromégalique. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 4. p. 126.
90. Jamin, Kleines Kind mit halbseitigem Riesenwuchs. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 110. **(Sitzungsbericht.)**
91. Jermain, L. F., Exophthalmic Goiter (Hyperthyroidism). Wisconsin Med. Journ. Sept. No. 4.
92. Johnson, F. E., A Case of Dystrophia Adiposo-Genitalis or Hypersecretion of the Pituitary Body. Yale Med. Journal. Jan.



93. Kappis, Max, Über Gehirnnervenlähmungen bei der Basedowschen Krankheit. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. 22. H. 4. p. 655.
94. Karcher, Blutbefund bei Basedowscher Krankheit und bei gewöhnlicher Struma. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 48.
95. Keith, Arthur, An Inquiry into the Nature of the Skeletal Changes in Acromegaly. The Lancet. I. p. 993.
96. Kirby, H. H., Exophthalmic Goiter. Journ. of the Arkansas Med. Soc. May.
97. Klar, Fall von Syndaktylie mit partiellem Riesenwuchs. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 390. **(Sitzungsbericht.)**
98. Kloeppel, Franz C., Vergleichende Untersuchungen über Gebirgsland- und Tiefland-schilddrüsen an Berliner, Göttinger und Freiburger Material. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
99. Klose, Heinrich, Experimentelle Untersuchungen über die Basedowsche Krankheit. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 95. H. 3. p. 649.
100. Knöpfelmacher, Eunuchoiden. Wiener klin. Wochenschr. p. 956. **(Sitzungsbericht.)**
101. Koch, Walter, Basedowsche Krankheit mit Status thymuslymphaticus. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1103.
102. Kocher, Theodor, Ueber Basedow. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 96. H. 2. p. 403.
103. Derselbe, Die funktionelle Diagnostik bei Schilddrüsenerkrankungen. Ergebn. d. Chirurgie u. Orthopedie. Bd. III. p. 1.
104. Derselbe, Neuere Untersuchungen der Schilddrüse bei Basedow und Hyperthyreoidismus. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 95. H. 4. p. 1007.
105. Koenig, Syndrome de Basedow. Exophtalmie unilatérale gauche. Revue neurol. 2. S. p. 703. **(Sitzungsbericht.)**
106. Kraus, Carl, Zur Klinik des Morbus Basedowii und seines Grenzgebietes. Medizin. Klinik. No. 5. p. 171.
107. Krecke, A., Ueber die Häufigkeit und die Diagnose der durch Hypersekretion der Schilddrüse bedingten Störungen (Thyreosen). Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30 bis 31. p. 1601. 1676.
108. Külbs, Partieller Riesenwuchs und Nävus. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 42—43.
109. Landau, Die pathologische Histologie der Basedowstruma. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1213. **(Sitzungsbericht.)**
110. Langelaan, J. W., Die undeutlichen Formen der Basedowschen Krankheit (Formes frustes du goitre exophthalmique. Charcot). Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55 (2).** 924.
111. Launois, P. E., and Cesbron, M. H., Acromegaly; Pierre Maries Disease. Monthly Cyclop. and Med. Bull. IV. 1. 65. 129.
112. Derselbe, Pinard, Marcel, et Gallais, Alfred, Syndrome adiposo-génital avec hypertrichose, troubles nerveux et mentaux d'origine surrénale. Gaz. des hôpitaux. No. 43. p. 649.
113. Lawson, G. B., Symptoms of Exophthalmic Goiter. Virginia Med. Semi-Monthly. Sept.
114. Lemos, Magalhaes, Gigantisme, infantilisme et acromégalie. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 1. p. 1.
115. Léopold-Levi, Obésité et fonction génitale. Gaz. des hôpitaux. p. 671. **(Sitzungsbericht.)**
116. Derselbe, Le temperament thyroïdien. ibidem. No. 102. p. 1483.
117. Derselbe, Instabilité thyroïdienne infantile à rechutes. ibidem. p. 1820. **(Sitzungsbericht.)**
118. Levison, L. A., The Vaso-motor and Cutaneous Manifestations of Basedows Disease. Am. Journ. of Dermat. XV. 74.
119. Lier, E. H. van, Blutuntersuchung nach der wegen Morbus Basedowii ausgeführten Strumektomie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55.** (1.) 823. **(Sitzungsbericht.)**
120. Lindenfeld, Kombinierte Erkrankung des Schilddrüsen- und Nebennierenapparates. Wiener klin. Wochenschr. p. 956. **(Sitzungsbericht.)**
121. Löwy, Max, Zur Kasuistik seltener „dyshumoraler" (innensekretorischer) Störungen. Prager mediz. Wochenschr. No. 34—37. p. 435. 449. 463. 475.
122. Lyonnet et Lacassagne, Ant., Syndrome hypophysaire adiposo-génital. Lyon médical. T. CXVI. No. 1. p. 31. **(Sitzungsbericht.)**
123. Mager, Fall von Myxödem. Wiener klin. Wochenschr. p. 732. **(Sitzungsbericht.)**
124. Marchiafava, E., Chronic Hypothyroidism. Riforma Medica. Jan.
125. Marcuse, Ernst, und Wolfsohn, G., Neurofibromatose mit Akromegalie. Berl. klin. Wochenschr. 1912. p. 136. **(Sitzungsbericht.)**
126. Marek, Rich., Über einen Fall von Schwangerschaftsakromegalie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 47. p. 1612.



127. Marine, David, and Lenhart, C. H., Pathological Anatomy of Exophthalmic Goiter. The Anatomical and Physiological Relations of the Thyroid Gland to the Disease: The Treatment. Archives of Internal Medicine. Vol. 8. No. 3. p. 265.
128. Marinesco, G., Sur la réaction de fixation de l'alexine dans la maladie de Basedow. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 41.
129. Matassaru, G., L'acromégalie chez les enfants. Thèse de Bucarest. 1910.
130. Mayo, Charles H., Problems in the Diseases of the Thyroid. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. p. 1307. **(Sitzungsbericht.)**
131. Mc Cready, E. B., Enuresis from Thyroid Insufficiency. Pennsylvania Med. Journ. Jan.
132. Mc Phedran, A., Exophthalmic Goiter. Canadian Med. Assoc. Journal. Febr.
133. Medicgreceanu, F., and Kristeller, L., General Metabolism with Special Reference to Mineral Metabolism in a Patient with Acromegaly Complicated with Glycosuria. The Journ. of Biolog. Chemistry. Vol. IX. No. 2. p. 109.
134. Melchiorre, N., Di un caso di eritromelalgia idiopatica. Policlin. 1910. sez. prat. 234—240.
135. Molodenkow, S., Zur Frage der Achondroplasie. Med. Revue. (russ.) 76. 223.
136. Mossé, S., Déformations acromégaliques. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 4. p. 313.
137. Mosti, R., Sulla patogenesi del morbo di Basedow. Cesalpino. VII. 23—25.
138. Moure, E. J., Goitre plongeant à type Basedow fruste avec compression du paquet vasculo-nerveux du cou. Opération et guérison. Revue hebd. de Laryngol. No. 22 p. 625.
139. Neurath, Rudolf, Über die infantilen eunuchoiden Entwicklungsstörungen. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. p. 409. **(Sitzungsbericht.)**
140. Derselbe, Ueber „Fettkinder". (Hypophysäre und eunuchoide Adipositas im Kindesalter.) Wiener klin. Wochenschr. No. 2. p. 43.
141. Nixon, J. A., Vomiting in Graves Disease and its Treatment. Brit. Med. Journal. II. p. 1354.
142. Nonne, Über Morbus Basedowii. Neurol. Centralbl. No. 7. **(Sitzungsbericht.)**
143. Oelnitz, d', Les signes cliniques de l'hypertrophie des thymus. Arch. de méd. des enfants. p. 189.
144. Palmer, F. S., A Case of Arcomegaly. West. London. XVI. 115.
145. Papazolu, A., Contribution à l'étude de la pathogénie de la maladie de Basedow. Compt. rend. Soc. de Biologie. LXXI. No. 36. p. 671.
146. Pari, G. A., Il concetto clinico dell'ipersecrezione interna. Gazz. degli Ospedali. Jan. 29. No. 13.
147. Derselbe, Sulla patogenesi dell'arcomegalia. ibidem. XXXII. 179—181.
148. Derselbe, Sulla patogenesi della degeneratio adiposo-genitalis. ibidem. No. 46.
149. Pasanis, Algunas consideraciones acerca de dos casos di mixedema espontaneo. El Siglo Medico. p. 2.
150. Peiper, Angeborenes Myxödem. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 292.
151. Pel, P. K., Akromegalie infolge von Schreck. Berliner klin. Wochenschr. No. 12. p. 519.
151a. Pellizzi, G. B., La sindrome ipofisaria „macrogenitosomia precoce". Rivista italiana di Neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia. Band 3. Heft 6.
152. Pépy, Une malade atteinte de myxoedème. Echo méd. du nord. XV. 19.
153. Peritz, Der Infantilismus. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk. VII. Berlin. J. Springer.
154. Pic, A., et Bonamour, S., Le goitre exophtalmique chez l'homme. Revue de Médecine. No. 6. p. 499.
155. Porter, Miles F., The Thyroid, with Special Reference to Hyperthyroidism and a New Method of Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 14. p. 1120.
156. Puifferrat, Le signe de Jellinek dans le syndrome de Basedow. Thèse de Paris.
157. Raynaud, G., La pathogénie du goitre exophtalmique (syndrome de Basedow); son traitement. Thèse de Montpellier.
158. Régis, E., Un cas de myxoedème des adultes avec aspect mongoloide et psychose hallucinatoire chronique. L'Encéphale. No. 12. 2. S. p. 519.
159. Rénon, Louis, et Géraudel, E., Etude anatomo-pathologique d'un cas de syndrome polyglandulaire ovaro-thyro-hypophysaire. Gaz. des hopitaux. p. 1621. **(Sitzungsbericht.)**
160. Revillet, L., Le myxoedème endémique dans les Alpes dauphinoises. Les causes expliquées par sa disparition. Son traitement prophylactique et curatif. La Province médicale. No. 47. p. 471.
161. Rhodes, R. L., Pathology and Chemistry of Exophthalmic Goiter. Virginia Med. Semi-Monthly. Sept.



162. **Richon, L.**, et **Aureng, A.**, Pelade généralisée d'origine thyroïdienne probable. Revue méd. de l'Est. p. 735—736.
163. **Roasenda, G.**, Contributo allo studio ed all' interpretazione patogenetica del morbo di Flajani-Basedow; tre casi di Basedowiani a sindrome simpatico oculare in un sol lato. Riv. neuropat. 1910. III. 107. 149.
164. **Rogers, C. C.**, Symptoms and Treatment of Exophthalmic Goiter. Kentucky Med. Journal. Jan.
165. **Roussy, G.**, et **Chatelin**, Un cas de myxoedème franc d'origine syphilitique chez une femme de 60 ans. Revue neurol. 2. S. p. 785. **(Sitzungsbericht.)**
166. Derselbe et **Clunet, Jean**, Etude anatomique de l'appareil thyro-parathyroïdien dans deux cas de myxoedème congénital par agénésie du corps thyroïde. Intégrité des parathyroïdes. La Presse médicale. No. 6. p. 50.
167. **Rundlett, D. L.**, Exophthalmic Goiter. Jowa Med. Journ. Nov.
168. **Sachs**, Basedowkranke wegen subseröser Myome bei Uterus- und Peritonealtuberkulose operiert. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 389.
169. **Sacquet** et **Rousseau-Decelle**, Pelade chez un acromégalique. La méd. pratique. **19.** No. 5. 12.
170. **Saenger, Alfred**, Forme fruste des Myxödems. Medizin. Klinik. No. 49. p. 1885.
171. Derselbe in Gemeinschaft mit **Sudeck**, Ueber den Morbus Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 833.
172. **Salter, A. G.**, Four Cases of Myxedema. Australasian Med. Gazette. Aug. 21.
173. **Sarteschi, U.**, Gigantismo ed infantilismo sessuale. Riv. ital. di Neuropatol. IV. fasc. 2. p. 49.
174. **Sattler**, Über die Natur des Exophthalmus bei Morbus Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2307. **(Sitzungsbericht.)**
175. **Sattler**, Über den sogenannten Landströmschen Muskel und seine Bedeutung für den Exophthalmus bei Morbus Basedowii. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1582.
176. **Saundby, R.**, Hyperthyroidism. Medical Press and Circular. April 5.
177. **Simmonds, M.**, Ueber die anatomischen Befunde bei Morbus Basedowii. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2164.
178. Derselbe, Über die Basedow-Schilddrüse. Neurol. Centralbl. 1912. p. 72. **(Sitzungsbericht.)**
179. **Smythe, H. F.**, Exophthalmic Goiter. Journ. of the Delaware State Med. Soc. April.
180. **Soderbergh, Gotthard**, Encore un cas de myxoedème avec symptomes cérébelleux. Revue neurol. No. 14. p. 86.
181. **Sotti, Guido**, e **Sarteschi, Umberto**, Interno ad un caso di gigantismo acromegalico ed infantilismo sessuale con agenesia del sistema ipofisario accessorio e con ipofisi cerebrale integra. Arch. Sc. med. Vol. 35. fasc. 3. p. 188—220.
182. **Starck, Hugo**, Klinik der formes frustes des Morbus Basedowii (Thyreotoxikosen). Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2168.
183. **Sterling, W.**, Ueber den eunuchoiden Typus der Dystrophia adiposo-genitalis. Neurologja Polska. Bd. II. H. 4.
184. **Strümpell, A.**, Fall von Hemimegalie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2090. **(Sitzungsbericht.)**
185. **Stubenrauch**, Myxödem und Knochenerkrankung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1747. **(Sitzungsbericht.)**
186. **Suchow**, Über Akromegalie: Fall von Akromegalie. Med. Revue. (russ.). **76.** 1041.
187. **Tamburini, Arrigo**, Gli studi recenti sull' Acromegalia. (Rassegni critici.) Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 3. p. 844.
188. **Ter-Poghossian**, Über die Störungen des Herzens beim Morbus Basedowii. Inaug.-Dissert. 1910. Basel.
189. **Thomas**, Zur Einteilung der Myxödemformen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 583.
190. **Thompson, R. L.**, Pathology of Exophthalmic Goiter. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Sept.
191. **Troitzky, P.**, Pathogenese und Therapie der Basedowkrankheit. Russ. Arzt. **10.** 421 (443, 650).
192. **Tuffier**, Goitre exophthalmique. Exstirpation d'environ la moitié du corps thyroïde. Apparition brusque post-opératoire du signe de Jellineck. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 20. p. 750.
193. **Tynes, A. L.**, Medical Aspects of Exophthalmic Goiter. Virginia Med. Semi-Monthly. June 9.
194. **Uhlmann, L.**, Hyperthyroïdisme et tuberculose. Thèse de Montpellier.
195. **Unger**, Fall von Myxödem. Wiener klin. Wochenschr. p. 1683. **(Sitzungsbericht.)**
196. **Weiss, Th.**, Un cas de goitre exophtalmique opéré. Revue méd. de l'Est. p. 213.



197. Williams, Tom A., Syndrome pituitaire. Adipose narcoleptique améliorée par la radiothérapie. Revue neurol. 2. S. p. 276. (Sitzungsbericht.)
198. Witte, F., Ein Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Akromegalie. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 256.
199. Wynter, Essex, Graves Disease in a Boy, Commencing at the Age of 10. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 8. Clinical Section. p. 155.
200. Yamagawa, Akromegalia diabetica. Vereinsbeil. d. Dtsch. Mediz. Wochenschr. p. 1056.

Im vergangenen Jahre ist eine ausführliche Arbeit über „Fortfall und Änderung der Schilddrüsenfunktion als Krankheitsursache" von **Bircher** (16) erschienen. Das Werk, das in den Lubarsch-Ostertagschen „Ergebnissen der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere" veröffentlicht wurde, enthält eine eingehende Besprechung und Kritik der wesentlichen neueren Arbeiten dieses Gebietes und hat durch die Erfahrung, die der Verf. auf dem Gebiet der Schilddrüsenpathologie besitzt, besonderen Wert. Ausführliche Literaturangaben sind den einzelnen Kapiteln beigefügt. — Von Interesse sind die Beobachtungen über Beziehungen der Schilddrüse zu anderen Drüsen mit innerer Sekretion, ein Gebiet, das gerade während der letzten Jahre, namentlich von Wiener Forschern, bearbeitet worden ist. — Bei Besprechung der Basedowschen Krankheit vertritt Verf. den Standpunkt, daß die Moebiussche Theorie, die das gesamte Symptomenbild als Hyperthyreoidismus auffaßt, nicht imstande sei, sämtliche Erscheinungen zu erklären, daß vielmehr alle Drüsen mit innerer Sekretion bei dieser Krankheit eine Rolle spielen, und daß die letzte Ursache der Krankheit wahrscheinlich in nervösen Störungen zu suchen ist. Den vielfach so gepriesenen Erfolgen operativer Eingriffe steht Verf. äußerst skeptisch gegenüber, gibt aber zu, daß einzelne Symptome günstig beeinflußt werden können; von der Serumtherapie hält er nichts. — Den Schluß der Arbeit bildet die Besprechung der Epithelkörper, von denen wir nach Birchers Meinung nur soviel wissen, daß sie eine von der Schilddrüse unabhängige, lebenswichtige Bedeutung haben.

Basedowsche Krankheit.

Von den sonstigen Veröffentlichungen über Basedowsche Krankheit verdienen zwei Arbeiten von Theodor Kocher besondere Beachtung.

In der einen bespricht **Kocher** (102) eingehend Pathologie und Therapie dieser Krankheit.

Zunächst weist er darauf hin, daß es Hyperthyreosen gibt, die sich in physiologischen Grenzen halten, als Kompensationserscheinungen aufzufassen und von der Basedowschen Krankheit abzutrennen sind, sodann bespricht er die verschiedenen Formen von Kropfherz und erörtert die Frage des Zusammenhangs derselben mit der Basedowschen Krankheit. Er meint, daß das Rose-Minnichsche Kropfherz, das bei ganz oder teilweise intrathorakal entwickelten Strumen entsteht und auf mechanische Behinderung der Atmung und der Zirkulation zurückzuführen ist, von der Basedowschen Krankheit abzutrennen ist. Bei Fällen dieser Art können zwar sekundär thyreotoxische Symptome auftreten, doch stehen dieselben an Bedeutung hinter den mechanischen Momenten zurück. Ganz anders aufzufassen ist das Kraussche Kropfherz; das hierbei entstehende Krankheitsbild unterscheidet sich von dem der Basedowschen Krankheit nur dadurch, daß die Basedowsymptome langsamer und oft nur teilweise auftreten, nachdem vorher während verschieden langer Zeit ein „gewöhnlicher" Kropf bestanden hatte.

Kocher weist noch auf eine besondere Form der Basedowschen Krankheit hin, die entsteht, wenn die eine Kropfhälfte operativ entfernt wird

und nunmehr eine kompensatorische Hyperplasie des anderen Lappens eintritt.

Begünstigt wird die Entwicklung des sekundären Basedow durch den Mißbrauch von Jodpräparaten in großen Dosen, während kleine Joddosen kompensatorische Hyperplasien in Schranken halten und reine Hyperplasien in Kolloidkröpfe überführen können.

Für die Behandlung aller Kropfkranken ist die funktionelle Prüfung von größter Wichtigkeit, um festzustellen, ob Hypo- oder Hyperthyreose besteht. Die endemischen Kolloidkröpfe, die nicht behandelt worden sind, gehören im allgemeinen zu den Hypothyreosen; zeigen sich bei derartigen Fällen Symptome von Hyperthyreose, so besteht meist eine Komplikation. Die Fälle, in denen zu einer Struma die Zeichen einer Hyperthyreose sekundär hinzutreten, nennt Kocher Struma basedowificata; als Struma basedowificata maligna bezeichnet er die Fälle, in denen eine maligne Neubildung der Schilddrüse Basedowsymptome hervorgerufen hat.

Die von Stern Basedowoid genannte und von dem echten Basedow abgetrennte Krankheit, ebenso wie das von Chvostek als kardiovaskuläre Neurose bezeichnete Leiden rechnet Kocher zur Basedowschen Krankheit.

Ob ein Fall zur Basedowschen Krankheit zu rechnen ist, läßt sich durch die histologische Untersuchung der Schilddrüse, durch die Blutuntersuchung sowie durch die therapeutische Beeinflußbarkeit erkennen.

Für die Beurteilung der verschiedenen Formen der Basedowschen Krankheit ist es von Wichtigkeit, die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Drüsen mit innerer Sekrektion in Betracht zu ziehen; es können, je nachdem diese betroffen sind, ganz verschiedenartige Symptomenbilder entstehen.

Kocher faßt seine Anschauung vom Wesen der Basedowschen Krankheit folgendermaßen zusammen: das Leiden beruht auf veränderter Funktion der Schilddrüse, und es lassen sich an dieser stets histologische Veränderungen nachweisen. Die veränderte Funktion besteht in der Abgabe eines für das Nervensystem toxischen Sekrets, nämlich des jodhaltigen Thyreoglobulins, und zwar in einer die Norm übersteigenden Menge. „Für Dysthyreosis in dem Sinne, daß die pathologisch veränderte Schilddrüse ihr Jod als reines Jod abgebe, fehlen zurzeit die nötigen Anhaltspunkte.“ Bei disponierten Personen kann man durch Schilddrüsenextrakte Basedowsymptome hervorrufen, resp. schon bestehende steigern.

In diagnostisch zweifelhaften Fällen ist der Blutbefund von größter Wichtigkeit, bei Hyperthyreosis ist die Blutgerinnung beschleunigt und der Blutgefrierpunkt erniedrigt; mikroskopisch findet sich im Blut bei Kolloidkröpfen, die nicht mit Jod behandelt wurden, keine Veränderung, bei Basedowscher Krankheit Leukopenie mit Abnahme der Neutrophilen und Zunahme der Lymphozyten. Bei Hypothyreosis werden zwar ähnliche Veränderungen beobachtet, so daß das mikroskopische Blutbild nicht erlaubt, die Diagnose „Basedowsche Krankheit“ zu stellen, doch scheint durch Schilddrüsenpräparate bei Hypothyreose die Abweichung des Blutbildes von der Norm vermindert, bei Hyperthyreose verstärkt zu werden.

Als Behandlung der Basedowschen Krankheit empfiehlt Kocher aufs wärmste operative Entfernung oder Ausschaltung eines Teils der Schilddrüse; er selbst hat 535 Fälle operativ behandelt und eine Mortalität von 3,1 % beobachtet. Von diesen Patienten starben drei an den Folgen der Allgemeinnarkose, drei an vorher bestehender Nephritis, bei drei Fällen spielte der Status thymo-lymphaticus eine Rolle, den Kocher, wenn nicht geeignete Vorbehandlung stattgefunden hat, für Kontraindikation eines chirurgischen



Eingriffes ansieht, sechs Patienten starben an Pneumonie, zwei weitere an Embolie.

Was die Pathogenese der Basedowschen Krankheit betrifft, so glaubt Kocher, daß die Erkrankung der Schilddrüse durch Reizung der gefäßerweiternden Nerven infolge von Gemütsbewegungen oder körperlichen Anstrengungen, ferner durch unzweckmäßige Jodzufuhr bei Kropf sowie infolge von fieberhaften infektiös-toxischen Einflüssen akuten und vorübergehenden Charakters entstehen könne. In ähnlicher Weise wie Jod wirkt auch Adrenalin sekretvermehrend auf das Schilddrüsengewebe, indem es dasselbe für die Aufnahme von Jod aus der Nahrung über die Norm empfänglich macht; ähnlich scheint das Sekret der weiblichen Geschlechtsdrüsen zu wirken.

Zum Schluß warnt Kocher ausdrücklich vor Jod- und Jodothyrinmedikation. Die Operation verlangt besondere Vorsicht bei dem Status thymo-lymphaticus sowie bei den sehr schweren akuten Fällen, bei denen Kocher zu sukzessiven Operationen rät. Als schonendste Methoden betrachtet er Gefäßligaturen und Nervendurchtrennungen. Um der Gefahr der Tetanie durch Schädigung der Gl. parathyreoideae zu entgehen, zieht Kocher stets die subkapsuläre Exzision der extrakapsulären vor; die Enukleation, die bei Struma basedowificata empfohlen worden ist, hält Kocher nicht für ratsam.

Bei den Fällen Basedowscher Krankheit, die durch Thyreoidin gebessert sein sollen, denkt Kocher auch an die Möglichkeit, daß Verwechslungen mit Hypothyreosen vorgelegen haben könnten.

Von internen Mitteln schienen Kocher die Phosphorverbindungen am günstigsten zu wirken.

Die andere Publikation **Kocher**'s (103) ist eine ausführliche Darstelllung der „funktionellen Diagnostik bei Schilddrüsenerkrankuugen". Kocher weist darauf hin, daß es bei Schilddrüsenkrankheiten wichtig ist, festzustellen, ob Hyper- oder Hypofunktion des Organs besteht. Für Hyperfunktion spricht es, wenn die früher von Kocher beschriebenen Blutveränderungen gefunden werden.

Als Hypothyreoidismus sind sowohl Kretinismus wie Kachexia thyreopriva und Myxödem aufzufassen; im Kindesalter spricht Wachstumsstillstand für Kachexia thyreopriva; in diesen Fällen entspricht das Verhalten der Epiphysenlinien nicht dem Alter des Patienten, was im Röntgenbilde zu erkennen ist. Bei Erwachsenen, bei denen Hypothyreoidismus besteht, fällt vor allem die starke Anschwellung der Weichteile auf, zuweilen sieht man umschriebene Schwellungen der Haut oder Schleimhäute; dadurch kann ein Gefühl von Trockenheit im Hals, Abnahme des Gehörs, auch schlechter Geschmack und Verdauungsstörung auftreten. Häufig wird auch von den Patienten über Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit geklagt. Man findet bei diesen Kranken Trockenheit der Haare, Karies der Zähne, Pigmentierung der Haut, Menstruationsstörungen und Zunahme des Volumens der Brüste bei weiblichen Patienten; nicht selten wird über rheumatische Beschwerden geklagt; sehr wichtig für die Diagnose ist die Tatsache, daß bei Hypothyreosis die Gerinnung des Blutes rascher als normalerweise eintritt, und daß die Gerinnselbildung eine sehr starke ist. Durch Palpation läßt sich bei den Kranken oft feststellen, daß von der Schilddrüse nichts zu fühlen ist; in anderen Fällen läßt sich eine auffallend kleine Schilddrüse deutlich abtasten. Daneben gibt es aber auch Fälle von Kachexia strumipriva, bei denen eine vergrößerte Schilddrüse zu fühlen ist. Schilddrüseninsuffizienz findet sich zuweilen bei älteren Leuten,



auch in der Schwangerschaft und im Anschluß an die Menstruation, sowie im Gefolge von chronischen Infektionen und Intoxikationen. Ist Hypothyreoidismus nachgewiesen, so muß unter allen Umständen die Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten eingeleitet werden; bei Erwachsenen gibt Kocher 0,1 bis 0,2 g Thyraden oder Thyreoidin und steigt bis auf 3—5 Tabletten am Tag, bei Kindern beginnt er mit 0,03 g; in manchen Fällen sieht man günstige Resultate von Schilddrüsentransplantation.

Es gibt auch Fälle von Kropfbildung, die durch Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten gebessert werden.

Bei knotiger Kropfbildung erzielt man zuweilen Erfolge, indem man zuerst die Knoten durch Enukleation oder Enukleationsresektion beseitigt und dann mit der Schilddrüsenfütterung beginnt.

Was den Hyperthyreoidismus betrifft, so hält Kocher für ein sehr wichtiges Frühsymptom den Krampf des Levator palpebrae superioris, der auftritt, wenn der Patient die rasch aufwärtsbewegte Hand des Arztes fixiert; ferner nennt Kocher die permanente Retraktion des oberen Augenlids (Dalrymple-Stellwagsches Symptom), sowie den Tremor, der sich in den ausgestreckten Händen, zuweilen in dem bei Rückenlage gestreckt erhobenen Bein, in manchen Fällen auch in den Augenlidern und der Zunge zeigt. Wichtig sind ferner Herzklopfen und Tachykardie, doch können diese Symptome auch auf anderen Ursachen als auf Hyperthyreoidismus beruhen; für Schilddrüsenerkrankung spricht es, wenn gleichzeitig Neigung zu Schweißausbrüchen und Hautrötung besteht. Eine Schwellung der Schilddrüse ist in den Frühstadien des Hyperthyreoidismus nicht immer nachweisbar. In manchen Fällen haben Gefäßgeräusche, die über der Schilddrüse zu hören sind, für das Bestehen einer hyperplastisch-hypersekretorischen Schilddrüsenanschwellung diagnostische Bedeutung, doch kommt es auch vor, daß die größeren Schilddrüsenarterien erweitert und über ihnen Gefäßgeräusche zu hören sind, ohne daß Hypersekretion besteht. In Fällen letzterer Art gibt oft langdauernde Behandlung mit kleinen Joddosen guten Erfolg.

Für die Unterscheidung zwischen Basedowstruma und Kolloidkropf hat auch die Palpation diagnostischen Wert; für Basedowstruma spricht gleichmäßig derbe Konsistenz der Drüse. Wichtig ist ferner die Druckempfindlichkeit der Basedowstruma, wenigstens in den Frühstadien des Leidens; indessen kommt Druckempfindlichkeit gelegentlich auch bei Strumen aus anderer Ursache vor.

Nicht selten findet man starke Tachykardie und Geräusche am Herzen; fehlt Dilatation des Herzens, so spricht das gegen das Bestehen eines Herzfehlers.

Es spricht ferner für Hypersekretion der Schilddrüse, wenn auffallende Abmagerung des Körpers eintritt, die auf vermehrte Oxydationsprozesse zurückzuführen ist, ebenso Vermehrung der Lymphozyten im Blut, die aber auch durch Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten hervorgerufen werden kann.

Ist Hyperthyreoidismus durch die genannten Untersuchungsmethoden sichergestellt, so rät Kocher dringend zu chirurgischer Behandlung, da die hygienisch-diätetische Behandlung doch keinen dauernden Nutzen gewährt; in den Frühstadien genügt oft Arterienligatur und Nervendurchtrennung. Nach operativer Entfernung einer Schilddrüsenhälfte kann Jodmedikation von Nutzen sein, um so die sonst eintretende kompensatorische Hyperplasie der anderen Schilddrüsenhälfte zu verhindern. Ebenso kann diese wertvoll sein bei den Schilddrüsenschwellungen, die bei Ortswechsel, Schwangerschaft und Eintritt der Pubertät vorkommen. — Es ist für die Behandlung von



Wichtigkeit, zwischen physiologischen und pathologischen Hyperthyreosen zu unterscheiden. Will der Arzt bei den letzteren durchaus den Versuch einer Jodbehandlung machen, so wähle man Jodothyrin, da in Fällen, in denen Jod schädlich ist, durch dieses Präparat die Verschlimmerung der Symptome am raschesten eintritt, und so die Notwendigkeit der operativen Behandlung klar angezeigt wird.

Im Fall von **Sterling** (183) handelt es sich um eine 58jährige Patientin, welche seit 10 Jahren an einer allgemeinen Fettsucht und an Kreuzschmerzen leidet. Die Kranke ist von sehr hohem Wuchs (165,75 cm). Das Gesicht hat einen maskulinen Typus, etwas mongoloiden Ausdruck. Es besteht eine Disproportion zwischen dem stark entwickelten Gesichtsgerüst und dem bedeutend weniger entwickelten Schädel. Der Körperbau der Patientin ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: 1. durch die hohe Stellung der Oberarme und 2. durch die Breite des oberen Körperteiles in Vergleich mit dem relativ schmalen unteren Körperteile. Kolossale Fettanhäufungen des Bauches und der Oberschenkel, welche an die Dercumsche Krankheit erinnern. Äußerst spärliche Behaarung auf dem schwach entwickelten Mons veneris und absolut keine Behaarung unter den Armen und auf den Extremitäten. Graciler, juveniler Bau der Extremitäten. Verdickte, glatte Haut. Angedeutete X-Beine, keine Libido sexualis, keine Erweiterung der Sella turcica am Röntgenogramm. Psychisch: geringer Grad von Imbezillität. Verf. reiht den vorliegenden Fall der von Groß und Tandler abgesonderten klinischen Gruppe der „Eunuchoiden" an. Die Pathogenese des Falles kann nicht von den greifbaren Veränderungen der Hypophyse abhängig sein. Es wäre möglich, das in bezug auf antagonistische Korrelation zwischen den Ovarien und der Hypophyse und angesichts der anormalen inneren Sekretion der Ovarien, bereits die normale Sekretion der Hypophyse genügt, um den pathologischen Symptomenkomplex zu erzeugen. (*Sterling.*)

Grek (67) findet auf Grund eigener Untersuchungen folgende Abweichungen des Blutfundes bei der Basedowschen Krankheit: Abnahme der Zahl der roten Blutkörperchen, Zeichen von Chlorämie, geringe Leukozytose, selten Leukopenie, absolute Abnahme der Zahl von neutrophilen Leukozyten, absolute Steigerung der Zahl der polynukleären Zellen. (*Sterling.*)

Gley und **Cléret** (60) haben bei ihren Untersuchungen über die Pathogenese der Basedowschen Krankheit sich vorzüglich mit der Frage der toxischen Wirkung des Serums von Basedowkranken beschäftigt. Sie bedienten sich des Serums von zehn Kranken bei Hunden und Kaninchen. Das Resultat ihrer Forschungen hinsichtlich der Wirkung des Blutserums Basedowkranker auf das Gefäßsystem des Herzens veranlaßt sie zu der Annahme, daß der Basedow keine Hyperthyroidie, oder Hyperthyroidie mit Adrenalinämie ist, sondern vielmehr ein Dysthyroidie. (*Bendix.*)

In einer zweiten Arbeit prüft **Gley** (59) die Wirkung der Extrakte von einfachen und Basedowstrumen auf die Gefäße des Herzens. Er fand bei intravenöser Injektion von Extrakt von Basedowstruma eine beträchtliche und ziemlich langdauernde Herabsetzung des arteriellen Druckes. Gleichzeitig werden die Herzkontraktionen schwächer, und es entsteht eine vorübergehende Beschleunigung mit nachfolgender Verlangsamung der Respirationsbewegungen. Die intravenöse Injektion von Extrakten gewöhnlicher Kröpfe rief fast dieselben Störungen hervor. (*Bendix.*)

Die Untersuchungen **Ghedini**'s (55) wurden in der Absicht ausgeführt, das Wesen und den Zweck der Azetonitrylreaktion zu ergründen und zu erfahren, ob auch andere Drüsen mit innerer Sekretion die Reaktion be-



einflussen. Seine Untersuchungen ergaben, daß die Injektionen von tödlichen oder größeren Dosen von Azetonitryl bei Mäusen stets den Tod herbeiführen, ebenso nach Einverleibung der Sekrete der Hypophyse, des Serums eines thyreoidektomierten Hammels und nach Jodgaben. Mit diesen und noch anderen Körpern gelang es, die Widerstandsfähigkeit gegen Azetonitryl zu steigern. Das Ergebnis seiner Untersuchungen war, daß nach Injektion der sicher und schnell tötenden Azetonitryldosen bei drei typischen Fällen von Basedow die tödliche Wirkung ausblieb. Dagegen starben die Mäuse, die mit dem Blute zweier Kranken bald nach der Injektion von tödlichen oder größeren Dosen von Azetonitryl geimpft waren. (*Bendix.*)

Papazolu (145) hat Untersuchungen über die Pathogenese des Basedow an Extrakten von Basedowschilddrüsen, von parenchymatösen Kröpfen und von normaler Schilddrüse angestellt. Bei seinen Untersuchungen bediente er sich derselben Methode, die Wassermann anwandte zur Fixation des Alexins bei der Gegenwart syphilitischer Antikörper. Er fand, daß die Sekretion der Basedowschilddrüse sich dem Organismus gegenüber verhält wie ein Antigen, das im Blut der Kranken Antikörper spezifischer Natur erzeugt. Die Sekretion der Basedowschilddrüsen scheint nicht allein eine Hypersekretion zu sein, sondern Dysthyroidie. (*Bendix.*)

In der Fortsetzung seiner Studien über die Pathologie des Halssympathikus bei Basedow hat **Horand** (83) weitere bemerkenswerte Befunde erheben können. Makroskopisch fand er in den beiden Fällen die sympathischen Ganglien etwas voluminöser als normal und von gelblicher Farbe. Mikroskopisch erwiesen sich die Nervenzellen etwas an Zahl vermindert, stark pigmentiert, atrophisch mit vielen Kernen durchsetzt. Die Ganglien wiesen Chromatolyse auf und waren teilweise hyperpigmentiert, namentlich an den vaskulären Zonen, den Venen und Kapillaren. Das Bindegewebe war hypertrophisch und führte zur Atrophie der Nervenzellen. Die Blutgefäße waren an Zahl und Umfang vermehrt, wobei besonders die Tunica externa von der Hypertrophie betroffen war. Teilweise waren die Gefäße obliteriert und thrombosiert. Der Nervenstrang selbst war weniger verändert, aber bindegewebig verdickt mit zahlreicher Gefäßbildung. (*Bendix.*)

Bei seinen experimentellen Untersuchungen über die Basedowsche Krankheit hat **Klose** (99) rassenreinen Terriern Preßsaft von lebensfrischen menschlichen Basedowstrumen intravenös injiziert und kommt zu dem Schluß, daß die Basedowsche Krankheit keine Hyper-, sondern ein Dysthyreosis ist. Diese entstehe dadurch, daß die Schilddrüse nicht die Fähigkeit besitzt, das Jod in der normalen Form als Jodothyrin aufzuspeichern, sondern es in Form von „Basedowjod" deponiert, welches leicht unorganisches Jod aus sich freiwerden läßt. Dieses übt die gleiche Wirkung aus wie das intravenös gegebene anorganische Jod. (*Bendix.*)

Starck (182) befaßt sich mit den unvollkommenen Formen der Basedowschen Krankheit, den Thyreotoxikosen, und zwar auf Grund seiner Beobachtungen in Baden an 170 Fällen von Basedow. Unter diesen waren nur 32 Männer. Als formes frustes erkannte er 30 Fälle an.

Bei diesen ist meistens Struma vorhanden oder nur ein Zeichen der Trias, während die anderen fehlen. Meist sind es von Haus aus neuropathisch belastete Individuen. Wichtig ist, daß dem Auftreten der Symptome meist Anschwellung oder Empfindlichkeit der Schilddrüse vorangegangen war. Für die Diagnose ist von großer Wichtigkeit der Blutbefund respektive der Nachweis einer Lymphozytose. (*Bendix.*)

Cecikas (24) berichtet über einen Fall von Basedowscher Krankheit bei einer 57 jährigen Frau, die außer den gewöhnlichen Symptomen noch



Zeichen von Reizung der psychomotorischen Rindenzentren aufwies, wie Mitbewegungen, Zittern, Klonus und Gesichtsödem. Auf Atropin besserten sich die Zustände von Tachykardie und erhöhtem Blutdruck jedesmal sofort. Die Krankheit war eine Folge von Erschöpfung gewesen, und da verstärkte Muskelarbeit den Adrenalingehalt des Blutserums erhöht und das sympathische System erschöpft, so ist Cecikas geneigt, anzunehmen, daß die im Verlauf des Basedow eintretenden Veränderungen des Herzens als Adrenalinhypertrophie mit nachfolgender Thyreotoxinvergiftung aufzufassen sind. (*Bendix.*)

Arullani (8) ist der Ansicht, daß außer den übrigen zahlreichen bekannten Ursachen auch die harnsaure Diathese das Auftreten der Basedowschen Krankheit zur Folge haben kann. (*Audenino.*)

Goldflam (61) bespricht die Kocherschen Ausführungen über die Gefahr der Jodmedikation bei Strumen und erwähnt die Krehlsche Warnung vor größeren Joddosen auch bei Patienten, bei denen Veränderungen der Schilddrüse nicht nachweisbar sind; dieser Anschauung schließt sich Verf. auf Grund eigener Beobachtungen an.

Krecke (107) tritt dafür ein, alle auf Schilddrüsenaffektion beruhenden Leiden unter dem Namen Thyreosen zusammenzufassen, und nicht mehr, wie bisher zwischen Basedowscher Krankheit, Basedowoid, Kropfherz usw. zu unterscheiden, da diese Abgrenzungen doch mehr oder minder willkürlich seien; statt dessen schlägt er folgende Einteilung vor: 1. Thyreosen mit vorwiegenden Störungen von seiten des Herzen; 2. Thyreosen mit vorherrschender Beteiligung des Nervensystems; 3. Thyreosen mit starker Beeinträchtigung des Ernährungszustandes; 4. Thyreosen unter dem Bilde der Jodvergiftung. In diese vier Gruppen bringt er alle mit der Schilddrüse zusammenhängenden Symptome unter, die er in übersichtlicher Weise bespricht.

Bernhardt (14) berichtet über einen Fall von Basedowscher Krankheit, bei dem seltene Komplikation als Lähmung äußerer Augenmuskeln bestand, die trotz mehrmonatlicher Galvanisation im wesentlichen bestehen blieb. Erwähnt sei, daß anfangs der Achillesreflex überhaupt nicht, der Kniereflex nur mittels des Jendrassikschen Handgriffs hervorzurufen waren; später konnten beide Reflexe mit Jendrassikschem Handgriff ausgelöst werden.

Kappis (93) hat bei mehreren an Basedowscher Krankheit leidenden Patienten Lähmung von Gehirnnerven beobachtet, und zwar der Augenmuskeln, des Gaumensegels und des Schluckaktes. Bei Durchsicht der Literatur fand er, daß abgesehen vom Akzessorius Lähmung aller motorischen Gehirnnerven nachgewiesen ist; am häufigsten waren Augenmuskelnerven befallen; wiederholt sind auch Todesfälle unter bulbären Symptomen vorgekommen. In der Mehrzahl der Fälle traten die Gehirnnervenlähmungen ein, nachdem die Basedowsche Krankheit schon längere Zeit bestanden hatte; im allgemeinen blieben die Lähmungen dauernd bestehen, doch sind sie in einzelnen Fällen auch wieder teilweise oder ganz zurückgegangen. — Die Prognose der Basedowschen Krankheit wird durch das Auftreten von Gehirnnervenlähmung nur dann verschlechtert, wenn lebenswichtige Nerven, namentlich der Vagus betroffen wird. Pathologisch-anatomisch handelt es sich nach Ansicht des Verf. um Kern- und Fasererkrankung in der Medulla oblongata auf toxisch-infektiöser Grundlage. — Auch mit Rücksicht auf die Gefahr der Gehirnnervenlähmung rät Verf. zu Frühoperation bei der Basedowschen Krankheit.

Kraus (106) beobachtete krisenartig auftretende Schmerzanfälle im Bereich des Abdomens in Fällen Basedowscher Krankheit, bei denen ein

Anhaltspunkt für irgendein anderes, eventuell für derartige Beschwerden in Betracht kommendes Leiden, wie Tabes dorsalis, Gallensteine usw. nicht nachweisbar war. Verf. faßt daher die Schmerzen als Symptom der Basedowschen Krankheit auf, ferner bespricht er ein anderes, bisher wenig beobachtetes Symptom nämlich die vermehrte Wärmestrahlung der Haut und erörtert zum Schluß einige „formes frustes" der Krankheit.

Porter (155) empfiehlt als schonendsten Eingriff bei Hyperthyreoidismus Injektion von kochendem Wasser in die Schilddrüse, da die bisher als schonendste angesehene Operation, die Unterbindung der Schilddrüsengefäße, in vielen Fällen zu keinem Erfolg führt; Verf. hat die von ihm vorgeschlagene Methode mehrfach mit gutem Resultat ausgeführt.

Moure (138) exstirpierte einen großen Teil der Schilddrüse bei einer Patientin, die an einer schon lange bestehenden, in der letzten Zeit aber rasch gewachsenen Struma litt; die Kranke hatte schon mehrfach an Anfällen von Atemnot gelitten; bei der einige Tage vor der Operation vorgenommenen Untersuchung fand sich, von der Struma abgesehen, nur Pulsbeschleunigung und Zittern der Hände. 30 Stunden vor der Operation trat ein Anfall von schwerer Atemnot mit Bewußtseinsstörung ein, die Atmung war stark verlangsamt, setzte vorübergehend ganz aus. Die Bewußtseinstrübung blieb bis zur Operation bestehen. Bei der Operation sah man, daß die Struma Gefäße und Nerven am Hals komprimierte, was die genannten bedrohlichen Erscheinungen herbeigeführt hatte. Der Eingriff wurde ohne Narkose ausgeführt, das Bewußtsein kehrte sofort zurück, und Patientin genas völlig.

Sänger (171) bespricht die geschichtliche Entwicklung der Lehre von der Basedowschen Krankheit und im Anschluß daran die Symptomatologie und Behandlung dieses Leidens. Bemerkenswert ist ein von ihm beobachteter Fall, bei dem als Komplikation periodische Extremitätenlähmung bestand. In bezug auf die Therapie steht Sänger auf dem Standpunkt, zuerst intern zu behandeln und, falls so keine genügende Besserung eintritt, operativ vorzugehen.

Im Anschluß daran bespricht **Sudeck** (171) die chirurgische Therapie der Basedowschen Krankheit, er selbst hatte unter 34 Operationen einen Todesfall; bei 18 Patienten ist die Beobachtung schon abgeschlossen, 16 Kranke sind geheilt, zwei wesentlich gebessert. — An den mehrfach erörterten „Thymustod" glaubt Sudeck nicht, sondern nimmt an, daß in diesen Fällen der Tod infolge von Herzschwäche erfolgt, indem zu schon zuvor bestehender Herzschwäche die psychischen und körperlichen Erschütterungen der Operation hinzutreten; besteht also hochgradige Herzschwäche, so suche man das Herz erst zu kräftigen (Bettruhe, Brom, Koffein, Natrium phosphorium), ehe man die Operation ausführt.

Coenen (30) bespricht neuere Arbeiten über die Basedowsche Krankheit, namentlich die von Kocher und Garré.

Beilby (12) bespricht Diagnose und Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen, ohne Neues zu bringen.

Flieg (47) stellt die von 1883 bis 1909 in der Eichhorstschen Klinik beobachteten Fälle von Basedowscher Krankheit zusammen und bespricht im Anschluß daran die Symptomatologie und Pathogenese dieses Leidens. Bemerkenswertes bringt die Arbeit nicht.

Hufnagel (84) weist darauf hin, daß, ebenso wie bei Skrofulose, auch bei der Basedowschen Krankheit im Kindesalter Herzbeschwerden oft die hervortretendsten Symptome sind, und daß bei der Untersuchung einer größeren Zahl skrofulöser Kinder mehrfach Beteiligung der Schilddrüse nachgewiesen werden konnte.



Albert Kocher (104) hat seine Studien über histologische Veränderungen der Schilddrüse bei Basedowscher Krankheit fortgeführt und ist zu folgendem Resultat gekommen:

1. Bei akutem und intensivem Auftreten der Krankheit findet sich nur wenig kompaktes Kolloid, etwas mehr, wenn vor der Erkrankung diffuse Kolloidstruma bestand, ferner in den Fällen, in denen der Jodgehalt der Schilddrüse ein sehr hoher ist.

2. Bei langsamem Beginn und nicht allzu langer Dauer des Leidens ist in der Drüse stets noch Kolloid vorhanden, und zwar um so reichlicher, je mehr vor der Erkrankung in der Drüse vorhanden war, und je jodreicher die Drüse ist.

3. Bei typischen Krankheitsfällen sieht man in der Drüse starke Zylinderzellenwucherung, und zwar bei kurzer Dauer der Krankheit oft ausschließlich regelmäßige Zylinderzellenwucherung, bei langer Dauer daneben unregelmäßig polymorphe Zellwucherung mit Kernveränderung und Desquamation von Zellen. Dabei findet sich meist lymphoides Gewebe in der Drüse. In diesen Partien ist kein kompaktes Kolloid in den Bläschen vorhanden, sondern nur flüssiger Inhalt.

4. Bei atypischen Krankheitsfällen findet sich von Beginn der Krankheit an unregelmäßig polymorphe Zellwucherung mit Kernveränderung und Zelldesquamation; die Vergrößerung der Schilddrüse ist oft eine unbedeutende. Kolloid ist nur in geringer Menge vorhanden und entsprechend der Dauer der Krankheit und dem Jodgehalt der Drüse mehr oder weniger verflüssigt.

Kocher glaubt, daß entsprechend den verschiedenen histologischen Bildern die klinischen Symptome verschiedene sind, was er im einzelnen ausführt.

Sodann berichtet er über Experimentaluntersuchungen, nämlich über günstige therapeutische Resultate durch Transplantation von Basedowschilddrüsenstücken in die Knochen von Patienten mit Hypothyreoidismus. — Aus Versuchen von Fonio geht hervor, daß Fütterung mit Basedowschilddrüsenpräparaten im gleichen Sinne wirke wie mit normalen Schilddrüsen, daß nur insofern ein Unterschied bestehe, als die Wirkung entsprechend dem größeren Jodgehalt eine intensivere sei; auch bei Präparaten normaler Schilddrüsen erwies sich die Wirkung als proportional dem Jodgehalt.

Weitere Untersuchungen betrafen den Thyreoglobulingehalt der Basedowschilddrüsen, das meist in geringerer Menge als normalerweise gefunden wurde, während es bei Kolloidstrumen vermehrt ist; der Jodgehalt des Thyreoglobulins in der Basedowschilddrüse ist ein sehr verschiedener, nur ein Teil des Jods ist an Globulin gebunden. Auch der Gehalt der Basedowschilddrüse an phosphorhaltigem Nukleoproteid ist ein wechselnder; es scheinen engere Beziehungen zwischen den beiden Schilddrüseneiweißkörpern zu bestehen.

Simmonds (177) bespricht auf Grund eigener Untersuchungen sowie solcher anderer Autoren die anatomisch nachweisbaren Organveränderungen bei der Basedowschen Krankheit; er weist zunächst auf die degenerativen Prozesse hin, nämlich die lipomatöse Atrophie der quergestreiften Muskeln, die selten auftretende akute Degeneration des Nierenparenchyms sowie die Befunde am sympathischen Nervensystem, und bemerkt, daß den Störungen der Herztätigkeit meist keine organischen Veränderungen zugrunde liegen.

Sodann geht er auf die hyperplastischen Veränderungen ein; von der häufig beobachteten Lymphdrüsenschwellung nimmt er an, daß sie, soweit sie in der Nähe der Schilddrüse gefunden wird, auf Reiz des Schild-



drüsensekrets zurückzuführen, im übrigen aber als aus der Jugend stammender Status lymphaticus aufzufassen sei. Ebenfalls als aus der Jugend stammend sieht er den häufig nachgewiesenen Thymusbefund an. — Eingehend bespricht er sodann die Schilddrüsenveränderungen.

Die von Lubarsch als der Basedowschilddrüse eigentümlich beschriebene blasse Tingierbarkeit des Kolloids und das geringe Vorkommen desselben — Erscheinungen, die bei normalen, im mittleren Lebensalter stehenden Individuen nur selten vorkommen — fand Simmonds nur in einem Drittel der Basedowschilddrüsen; mehrfach sah er sogar diffuse, reichliche Kolloidmengen und schließt daraus, daß die Schilddrüse der Basedowkranken in bezug auf das Kolloid nichts Charakteristisches bietet.

Häufig findet sich in Basedowschilddrüsen Wucherung des Follikelepithels; und es ist dies eine Erscheinung, die, wenn ausgesprochen vorhanden, fast mit Sicherheit für Basedowsche Krankheit spricht. Nicht so selten fehlt aber jede Veränderung des Follikelepithels.

Keine Bedeutung legt Simmonds der Desquamation des Drüsenepithels, größere dagegen den Wucherungsherden des lymphatischen Gewebes bei. Zwischen den Lymphozyten, die zuweilen diffus, zuweilen in umschriebenen Herden gefunden werden, sieht man Plasmazellen, während Leukozyten fehlen. Simmonds fand diese Lymphozytenansammlung in 80% der typischen, in 16% der atypischen Fälle. Beweisend für Basedowsche Krankheit sind diese Herde indessen nicht, da sie auch sonst gelegentlich beobachtet werden, aber fast nur bei Individuen, die das 30. Jahr überschritten haben.

Am Bindegewebe und an den Gefäßen der Schilddrüse ist nichts Besonderes zu sehen.

Aus seinen Untersuchungen folgert Simmonds, daß es keine für den Symptomenkomplex der Basedowschen Krankheit charakteristischen Veränderungen gibt, und nimmt an, daß die Basedowsche Krankheit nicht als einheitliches Leiden aufzufassen ist, stets aber auf Funktionsstörungen der Schilddrüse beruht.

Aoyagi (5) bespricht die von verschiedenen Autoren am Nervensystem Basedowkranker erhobenen anatomischen Befunde und berichtet über das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung bei zwei von ihm untersuchten Fällen. Er fand Veränderungen an den Ganglienzellen sympathischer Ganglien, Vakuolisation, Schrumpfung des Zelleibes, Verlagerung oder Schwund des Kerns, Verdickung und feinkörnigen Zerfall der Neurofibrillen. Ferner berichtet er über Befunde an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Thymus und Hypophysis, die mit denjenigen verschiedener anderer Autoren übereinstimmen. Eine sichere Entscheidung darüber, ob die neurogene oder die thyreogene Theorie in bezug auf das Wesen der Basedowschen Krankheit die richtige sei, lasse sich noch nicht fällen.

Kloeppel (98) hat Schilddrüsen von verschiedenen Altersstufen aus Tiefland und Gebirgsgegend (Berlin, Göttingen, Freiburg) untersucht und ist im wesentlichen zu folgendem Resultat gekommen.

In Tieflandschilddrüsen sind, wenn auch nicht in so großer Zahl wie in den Gebirgslandschilddrüsen, Knoten vorhanden; in den Tieflandschilddrüsen sind sie meist kleiner; mit den Jahren werden die Knoten größer und finden sich bei den verschiedensten Krankheiten. Verf. faßt die Knoten als geschwulstartige Wucherung mißbildeter Gewebskeime auf. Warum diese Keime in Gebirgslandschilddrüsen so stark wachsen, läßt sich vorläufig nicht beurteilen.

Die Persistenz der Adenomknoten bei hochbetagten Individuen im Gegensatz zur Atrophie des spezifischen Schilddrüsengewebes weist darauf



hin, daß die Knotenbildung mit der Schilddrüsenfunktion direkt nichts zu tun hat.

Fründ (52) hat eingehende histologische Untersuchungen über die glatte Muskulatur der Orbita angestellt; in einzelnen Punkten kommt er zu anderen Resultaten als die früheren Autoren. In bezug auf die Entstehung des Exophthalmus bei der Basedowschen Krankheit nimmt er an, daß Kontraktion der Fasern des Musculus orbitalis zu Kompression der durch ihn hindurchziehenden Venen führe und so venöse Stauung bewirke. Infolge dieser venösen Hyperämie käme es zur Vergrößerung des retrobulbären Fettkörpers, wodurch der Exophthalmus zu einem bleibenden Symptom würde. — Infolge der individuell verschiedenen Ausbildung des Musculus orbitalis sei der Grad des Exophthalmus in verschiedenen Fällen ein ungleicher. — Alle anderen Lidsymptome bei der Basedowschen Krankheit beruhen auf Funktionsanomalien der Musculi tarsales. Da der Musculus orbitalis ebenso wie die Musculi tarsales als glatte Muskeln vom Sympathikus innerviert werden, so kann man alle Augensymptome bei der Basedowschen Krankheit einheitlich auf eine Ursache zurückführen, nämlich abnorme Erregung des Sympathikus durch Schilddrüsensekret.

Gottlieb (63) weist darauf hin, daß beim Versuchstier durch chronische Zufuhr von Schilddrüsenpräparaten verschiedene Symptome, die bei der Basedowschen Krankheit beobachtet werden, experimentell hervorzurufen sind, nämlich Tachykardie und Exophthalmus, Symptome, die wir auf Erregung des sympathischen Nervenapparates zu beziehen pflegen. Man nimmt an, daß bei der Basedowkrankheit das Adrenalin „das typische Erregungsmittel für die sympathischen Endapparate“ aus den Nebennieren durch die Schilddrüsenstoffe mobilisiert wird.

Bekanntlich erweitert Adrenalin die Pupille des enukleierten Froschauges; ebenso wirkt das Blutserum von Basedowkranken, während das von normalen Individuen diese Wirkung nicht hat. Ferner wirkt das Blutserum von Basedowkranken viel stärker kontrahierend auf den in Ringerlösung überlebend gehaltenen Uterus von Kaninchen als normales Blutserum.

Das im Blutserum in dieser Richtung wirkende Agens ist, wie O'Connor gezeigt hat, nicht Adrenalin, sondern es sind adrenalinähnliche Substanzen, die im Blutserum nicht präformiert sind, vielmehr erst bei der Gerinnung ins Blutserum gelangen. Zur Adrenalinbestimmung im Blut muß nicht das Serum, sondern das Blutplasma verwandt werden. Ob das Blut Basedowkranker wirklich adrenalinreicher als das von Gesunden ist, bedarf erneuter Untersuchung. Im Blutplasma der Nebennierenvenen ist Adrenalin nachweisbar, in anderen Venen kaum noch, auch bei Basedowkranken. In fünf von dem Verf. untersuchten Fällen war im Blutplasma von Basedowkranken der Adrenalingehalt nicht höher als normalerweise; der höhere Gehalt des Blutserums Basedowkranker an adrenalinartigen, bei der Gerinnung entstehenden Stoffen hängt vielleicht mit dem vermehrten Gehalt an Lymphozyten zusammen.

Wenn somit der Beweis für vermehrten Adrenalingehalt des Blutes nicht erbracht ist, und wenn selbst der Adrenalingehalt des Blutes tatsächlich nicht erhöht sein sollte, so könnten die Sympathikussymptome doch auf Adrenalinwirkung zu beziehen sein, wenn nämlich das Schilddrüsensekret die Sympathikusendapparate leichter erregbar machen würde; es wäre das in Analogie zu setzen mit dem leichteren Eintritt der Adrenalinwirkung bei gleichzeitiger Einwirkung von Kokain in einer an sich unwirksamen Dosis; und es liegen auch sonst Beobachtungen vor, die dafür sprechen, daß die „Adrenalinsymptome“ der Basedowschen Krankheit auf Sensi-



bilisierung bestimmter Sympathikusapparate für das im Blut vorhandene Adrenalin beruhen.

Eine wesentliche Verstärkung der Adrenalineinwirkung wird auch durch sehr geringe Mengen von Hypophysisextrakt erzielt.

In bezug auf den Stoffwechsel glaubt Gottlieb, daß durch Schilddrüsenstoffe die Fett- und Eiweißzersetzung zunimmt, während der Abbau der Kohlenhydrate gehemmt wird; ebenso wird, wie Tierversuche ergaben, der Abbau des Azetonitrils und der des Morphins (Reid Hunt) gehemmt.

Einige mit dem Blut von Basedowkranken ausgeführte Versuche sprechen dafür, daß dasselbe ebenso wie Schilddrüsensubstanzen wirkt, was es wahrscheinlich macht, daß bei der Basedowschen Krankheit Schilddrüsensubstanzen ins Blut übertreten.

Marinesco (128) hat im Blutserum Basedowkranker eine der Wassermannschen Luesreaktion analoge Reaktion nachgewiesen; er glaubt, daß die Methode für die Diagnose der Basedowschen Krankheit praktische Bedeutung haben könne.

Hertzler (78) schließt aus der Beobachtung einer Anzahl von Basedowkranken mit gleichzeitig bestehenden Unterleibsleiden, daß:

1. Beziehungen zwischen Schilddrüse und Beckenorganen bestehen;
2. Basedowsche Krankheit und Erkrankung der Beckenorgane häufig zugleich vorkommen, daß die Basedowsche Krankheit in diesen Fällen sekundär auftritt und wahrscheinlich Folge der Erkrankung der Beckenorgane ist. Stellt sich in solchen Fällen Atrophie der Sexualorgane ein, so entwickelt sich nicht selten danach Myxödem.
3. Besserung der Erkrankung der Beckenorgane zuweilen Besserung der Basedowschen Krankheit zur Folge hat.

Löwy (121) berichtet über sechs Patienten mit verschiedenartigen nervösen Beschwerden, Rheumatismus, Fettleibigkeit, Vitiligo usw.; alle die Symptome faßt der Autor als Folge gestörter Tätigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion auf, ohne diese Anschauung aber näher zu begründen.

Myxödem.

Sänger (170) berichtet über interessante Fälle von unvollständigem Myxödem; es geht aus seinen Beobachtungen hervor, daß in manchen Fällen Hautveränderungen fehlen, daß gelegentlich nur Schleimhäute Veränderungen zeigen und zuweilen die Haut zwar verändert ist, aber nicht in der bekannten Weise, sondern daß eine gewisse Fülle der Hautgefäße besteht. In manchen Fällen fehlt die charakteristische geistige Trägheit, dafür bestehen neurasthenische Symptome. In zweifelhaften Fällen palpiere man die Schilddrüsengegend, doch führt die Palpation nicht immer zu einem sicheren Urteil, da die Schilddrüse hinter dem Sternum liegen kann oder Nebenschilddrüsen vorhanden sein können. — Differentialdiagnostisch kommen Nephritis, Chlorose, Status thymo-lymphatikus sowie Alterserscheinungen in Betracht.

Gigon (56) bespricht die Störungen des Stoffwechsels bei Myxödem; er faßt die bisher erhobenen Befunde folgendermaßen zusammen: „Die direkte Wirkung des Schilddrüsenmangels äußert sich in der Herabsetzung des Energieumsatzes, des Eiweißumsatzes, wahrscheinlich auch im Wasser- und Salzstoffwechsel. Eine Erniedrigung des Fettumsatzes ist noch nicht bewiesen. Als indirekte Wirkung (Ausfall der Förderung im chromaffinen System sowie der Hemmung auf die Pankreastätigkeit) tritt die Störung im Kohlenhydratstoffwechsel ein."



Herthoge (77) berichtet über mehrere von ihm beobachtete und durch die Behandlung mit Schilddrüsentabletten geheilte Fälle von Myxödem; er weist darauf hin, daß die zerebralen Symptome des Myxödems, geistige Schwerfälligkeit, Kopfschmerzen, langsame Sprache, Schwindelgefühl und Ohrensausen zuweilen zu der Fehldiagnose Urämie Veranlassung geben, und daß es auch ein myxödematöses Koma gibt, das dem diabetischen und urämischen sehr ähnlich ist; wie bei letzterem kommt es nicht selten zu Blutungen aus Nasen- und Darmschleimhaut, auch kommt Eiweiß im Urin vor, aber nur in kleinen Mengen, und es fehlen die für Nierenleiden charakteristischen Zylinder. — Das oft geschilderte Ödem fehlt bei manchen Myxödemkranken. In einem Falle beobachtete Verf. neben Verminderung der roten und Vermehrung der weißen Blutkörperchen weiße Optikusatrophie und asthmatische Anfälle; zuweilen wird über dauerndes Kältegefühl und Appetitlosigkeit geklagt; in diagnostisch schwierigen Fällen legt Verf. großen Wert darauf, daß das Leiden häufig familiär ist und somit durch die Angabe über ähnliche Beschwerden in der Familie erkannt werden könne. — Schädigende Wirkung von Schilddrüsentabletten komme nicht vor, vorausgesetzt, daß die Dosis nicht zu groß gewählt wird.

Roussy und **Clunet** (166) untersuchten Schilddrüse und Nebenschilddrüsen bei zwei Fällen von kongenitalen Myxödem; bei beiden fehlte die Schilddrüse fast völlig, während die Nebenschilddrüsen bei makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung normal erschienen; auch Zeichen von Hyperplasie, wie Vermehrung der eosinophilen Zellen, konnten an ihnen nicht nachgewiesen werden. Die Verf. folgern aus ihren Untersuchungen, daß Schilddrüse und Nebenschilddrüsen völlig unabhängig voneinander sind.

Hennicke (76) berichtet über einen Myxödemkranken, bei dem schwere Augensymptome, nämlich Ausfall der äußeren Hälfte des Gesichtsfelds beiderseits, Herabsetzung der Sehschärfe, Rötung und Verwaschenheit der rechten Papille nachgewiesen wurden. Da das Sehvermögen nach Weglassen des lange genommenen Thyreoidins sich besserte, glaubt Verf., dies als die Ursache der Augensymptome ansehen zu dürfen.

Régis (158) berichtet über eine von ihm beobachtete Myxödemkranke, die im 30. Lebensjahr im Anschluß an ein körperliches Trauma und psychische Erregungen an Myxödem erkrankt war. Schilddrüsentabletten besserten das Leiden; nachdem aber die Behandlung unterbrochen war, trat wieder Verschlimmerung auf; im Alter von 45 Jahr kam dann Patientin in die Behandlung des Verf., der neben Myxödem die für Mongolismus charakteristischen Gesichtszüge sowie chronische Halluzinose ohne Zeichen von Demenz und Verwirrtheit feststellte. Unter Behandlung mit Schilddrüsentabletten besserte sich das Myxödem wieder, der mongoloide Gesichtsausdruck verschwand, während die psychischen Symptome unverändert blieben. Verf. glaubt, daß die Psychose auf die durch das Myxödem bedingte Intoxikation zurückzuführen sei.

Charpentier und **Jabouille** (25) untersuchten einen weiblichen 1,26 m großen Zwerg, der deutliche Zeichen von Myxödem bot; die Patientin die geistig sehr beschränkt war, litt in den letzten Jahren ihres Lebens an Atemnot und starb im Alter von 35 Jahren unter den Erscheinungen der Asphyxie. Als Ursache derselben fand sich an der Basis der Zunge ein kastaniengroßer Tumor, der den Eingang zum Larynx überragte. Von Schilddrüse, Thymus und Hypophysis war nichts zu sehen; die Epiphysenlinien waren großenteils nicht oder mangelhaft verknöchert.

Die Verf. zitieren einige ähnliche Fälle aus der Literatur und erörtern die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Hypophysis; sie glauben, daß



dieselben sehr enge sind, jedenfalls nicht einander entgegengesetzte; über die Art derselben ließen sich aus ihrem Falle keine Schlüsse ziehen.

Neurath (140) bespricht die Beziehungen zwischen Fettsucht, Störungen in der Entwicklung der Genitalien, Schilddrüse, Epi- und Hypophyse, erwähnt die wesentlichsten Arbeiten über deren Zusammenhang und beschreibt drei von ihm beobachtete „Fettkinder".

Fall 1: 10jähriger, abnorm fetter und kleiner Knabe, der zeitweilig über Schmerzen im Vorderkopf und Schwindel klagt; keine Augenhintergrundsveränderungen, normale Entwicklung der Genitalien, spärliche Behaarung des Mons veneris, ungewöhnlich großer Schädel, dessen Wände sich röntgologisch verdünnt erweisen, während die Sella turcica nicht vergrößert ist. Der abnorme Fettansatz war plötzlich im Anschluß an Scharlachinfektion aufgetreten; in der Familie kein anderer Fall von Fettsucht. Verf. glaubt, daß all die Symptome auf Schädigung der Hypophysisfunktion durch Hydrozephalus zurückzuführen sind; als Ursache des Hydrozephalus nimmt er Meningitis an, die ja nicht so selten im Anschluß an Scharlach auftritt.

Fall 2 und 3 leiden ebenfalls an abnormem Fettansatz, sichere Zeichen für Beteiligung der Hypophyse bestehen aber nicht, bei dem 3. Fall sind die Genitalien deutlich unterentwickelt, zeitweilig sind bei diesem Anfälle von Bewußtlosigkeit beobachtet, während Fall 2 an typischer Epilepsie leidet.

Akromegalie und Riesenwuchs.

Lemos (114) sucht die Beziehungen zwischen Riesenwuchs, Infantilismus und Akromegalie festzustellen; er weist darauf hin, daß einige Autoren Riesenwuchs und Akromegalie als eine Krankheit ansehen, während andere Autoren zwischen beiden Zuständen, obwohl sie häufig kombiniert auftreten, scharfe Unterschiede annehmen.

Ein von dem Verf. beobachteter Patient war schon bei der Geburt ungewöhnlich groß, bei der im 21. Lebensjahr des Patienten vorgenommenen Untersuchung wurde eine Körpergröße von 2,10 m festgestellt, die namentlich auf abnorme Länge der unteren Extremitäten zurückzuführen war; auch die oberen Extremitäten waren weit länger als normal; die Genitalien befanden sich im Zustand des Infantilismus, Erektionen waren nie vorgekommen. Am linken Auge bestand angeborene Optikusatrophie und Blindheit, rechts waren Sehschärfe und Papille normal, doch fand sich auf der temporalen Hälfte des Gesichtsfeldes ein großes Scotom für Weiß sowohl wie für Farben. Pupillenreaktion und Sehnenphänomene waren stark abgeschwächt. Die Epiphysenlinien erwiesen sich bei der radiographischen Untersuchung als nicht verknöchert, auch nicht die der Hände, die in dem Lebensalter des Patienten normalerweise schon verknöchert sind. Geistig ist der Patient zurückgeblieben, im allgemeinen apathisch und sehr ängstlich. Verf. rechnet den Fall zu dem von Brissaud beschriebenen Infantilismus. Als Symptome der Akromegalie sieht Verf. die Größe des Gesichtsschädels an, die Störungen von seiten der Augen, die häufigen Kopfschmerzen sowie die unverhältnismäßige Größe der Hände und Füße, auch die Abschwächung der Kniephänomene und die Muskelschwäche, und glaubt kongenitale Hypertrophie der Hypophyse annehmen zu dürfen.

Sowohl von den Symptomen des Riesenwuchses wie von den der Akromegalie nimmt Verf. in diesem Fall an, daß sie fötalen Ursprungs sind, und vermutet, daß sie ebenso wie der Infantilismus auf einen Hypophysistumor zu beziehen sind, für dessen Vorhandensein namentlich die Augensymptome sprechen; er läßt es aber dahingestellt sein, wieweit für den



Infantilismus auch mangelhafte Entwicklung der Schilddrüse und der Testikel in Betracht komme.

Mossé (136) beschreibt unter dem Titel „akromegaloide Deformationen" einen 20jährigen, psychisch abnorm veranlagten Patienten, der einzelne Symptome bot, die bei Akromegalie beobachtet werden, namentlich abnorm große Hände und Füße und ungewöhnliche Länge der Arme; die Knochen des Schädels und der Extremitäten sind ungewöhnlich dick, doch besteht keine periostale Hypertrophie. Auf dem rechten Auge ist das Gesichtsfeld eingeschränkt, und Patient klagt viel über Kopfschmerzen. Die sonstigen bekannten Zeichen der Akromegalie fehlten. Verf. wirft die Frage auf, welche Beziehungen derartige Fälle zur Akromegalie haben.

Witte (198) berichtet über einen typischen Fall von Akromegalie, bei dem vorübergehend Gesichts-, Geruchs- und Gefühlshalluzinationen bestanden, und bei dem die Sektion das Vorhandensein eines Hypophysistumors ergab.

Nixon (141) beobachtete drei Patienten, die an schwerer Form der Basedowschen Krankheit litten, in der letzten Zeit sich körperlich überanstrengt hatten und an so häufigen und schweren Brechanfällen litten, daß ihr Leben bedroht schien. Bei allen drei Patienten bewirkte Bettruhe und Vermeidung jeder Bewegung, daß das Brechen nach kurzer Zeit aufhörte und die Patienten Nahrung bei sich behielten; der in einem der Fälle anfänglich gemachte Versuch rektaler Ernährung hatte das Erbrechen nicht zum Stillstand gebracht.

Ellis (42) fand bei der Urinuntersuchung eines typischen Falles von Akromegalie dauernd Ausscheidung von Kreatin, durchschnittlich 100—150 mg täglich; sonst ist Kreatin bisher bei Leberkarzinom, Muskelatrophie, Schwangerschaft und im Hungerzustand nachgewiesen worden. Die Art der Ernährung war in seinem Fall ohne Einfluß auf die Kreatinausscheidung; auf Bakterieneinfluß war dieselbe nicht zurückzuführen. Ob die Kreatinausscheidung ein konstantes Symptom der Akromegalie ist, könne erst durch Untersuchung weiterer Fälle entschieden werden.

Pel (151), der schon vor 20 Jahren einen Fall von Akromegalie veröffentlicht hat, bei dem er die Ursache der Krankheit in einem Schreck sehen zu dürfen geglaubt hatte, berichtet über zwei weitere Fälle dieser Krankheit, bei denen er die gleiche Ätiologie annimmt; er weist darauf hin, daß auch Basedowsche Krankheit und Diabetes, die ebenso wie die Akromegalie mit Erkrankung von Drüsen mit innerer Sekretion in Zusammenhang gebracht werden, in manchen Fällen durch psychische Erregungen hervorgerufen wurden.

Claude und **Baudonin** (27) hatten Gelegenheit, die Sektion eines Falles von Akromegalie vorzunehmen, bei dem auch Zeichen Basedowscher Krankheit sowie Symptome, die auf Beteiligung der Nebennieren und Ovarien hinwiesen, bestanden hatten. Es fand sich ein großer Hypophysistumor, die Milz war von sehr fester Konsistenz und wog 800 g, die Nebennieren zusammen 17,5 g; sehr stark vergrößert waren Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. Die histologische Untersuchung ergab, daß ein Adenom der Hypophysis bestand; ferner fand sich Hyperplasie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen, in geringerem Grade der Nebennieren; an den Ovarien dagegen bestanden atrophische Veränderungen.

Babonneix (9) konnte bei einem siebzehnjährigen Patienten akromegalische Veränderungen nachweisen, die im Laufe der letzten Monate unter Kopfschmerzen und Krämpfen aufgetreten waren. Der Patient hatte in den ersten Lebensjahren Klumpfüße und Klumphände gehabt, später waren Hände und Füße normal geworden; anfänglich soll der Kopf sehr groß



gewesen sein, auch hatte Patient erst mit 20 Monaten sprechen gelernt. Während des letzten Jahres hat Patient 4 oder 5 Anfälle gehabt, die einige Minuten dauerten; kein Zungenbiß, kein Urinabgang, kein völliger Bewußtseinsverlust; vor den Anfällen Gehörshalluzinationen, nach den Anfällen Mattigkeit. — In der letzten Zeit Polydipsie und Polyphagie.

Die Untersuchung ergab abnormes Längenwachstum der Extremitäten, keine Verbreiterung derselben. Glykosurie und bitemporale Hemianopsie sowie Veränderungen des Türkensattels bei der röntgologischen Untersuchung fehlten, desgleichen Veränderungen des Gesichts, Kyphose und Schmerzen.

Verf. glaubt, daß eine Diagnose hier nicht gestellt werden könne, da das Bild, das der Patient darbietet, in wesentlichen Punkten von dem der Akromegalie abweicht.

Harbitz (73) sezierte einen Patienten, bei dem ein walnußgroßer Hypophysistumor, akromegalische Veränderungen der Extremitäten, der rechten Gesichts- und Zungenhälfte, Atrophie der linken Gesichts- und Zungenhälfte und Splanchnomegalie mit angeborener Hypoplasie der linken Niere gefunden wurden. Da am Trigeminus keine Veränderungen nachweisbar waren, Muskelleiden und Syringomyelie nicht bestanden, sieht Verf. die Hemiatrophia faciei als kongenitale an; die akromegalen Veränderungen faßt er als Folge des Hypophysistumors auf, glaubt aber, daß auch andere Drüsen mit innerer Sekretion für die Akromegalie in Betracht kommen.

Keith (95) setzt auseinander, daß der akromegale Schädel dem prähistorischen Neanderthalschädel sehr nahesteht; beide sind niedrige Schädel, bei beiden vorspringende Augenbrauen, starke Entwicklung des Gesichtsschädels und der Muskelansatzstellen. Verf. nimmt an, daß die Akromegalie dadurch zustande kommt, daß das Sekret des vorderen Lappens der Hypophysis als Hormon auf die Osteoblasten wirkt und diese zu lebhafter Tätigkeit anregt. — Sodann bespricht er den Unterschied zwischen den Knochenveränderungen bei Akromegalie und Pagetscher Krankheit und berichtet über einige von ihm gesehene Schädel akromegaler Individuen, bei denen Erweiterung der Sella turcica darauf hinweist, daß die betr. Kranken einen Hypophysistumor gehabt hatten. — Den Hauptteil der Arbeit bildet eine detaillierte Schilderung der Veränderungen der Schädelknochen bei der Akromegalie; Verf. fand, daß der Oberkiefer nicht vergrößert ist; sehr stark verändert ist der Unterkiefer, namentlich der Ramus ascendens, der länger und schmäler wird, ebenso die Fossa sowie der Musculus temporalis; die Nase wird länger und springt stärker vor als normalerweise. Auch am Hinterhauptsknochen finden sich Veränderungen, es nehmen die Ansatzpunkte der Nackenmuskeln am Okziput einen größeren Raum als normalerweise ein, und es liegt infolge von Knochenatrophie das Foramen magnum weiter vorn als bei normalen Individuen. — Zum Schluß erwähnt Verf. noch kurz die Veränderungen, die an den übrigen Körperteilen bei Akromegalie vorkommen.

Medigreceanu und **Kristeller** (133) machten bei einem an Akromegalie leidenden Patienten Stoffwechseluntersuchungen. Injektionen von dem Extrakt des vorderen Lappens der Hypophysis waren ohne Einfluß auf die bestehende Glykosurie, bewirkten aber, daß der gesamte Stoffwechsel lebhafter wurde, in bezug auf den Salzstoffwechsel wurden Besonderheiten festgestellt, die sich nicht durch die Erhöhung des Gesamtstoffwechsels erklären ließen.

Marek (126) weist auf die zahlreichen Veränderungen hin, welche die Schwangerschaft in bezug auf die Tätigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion hervorruft und bespricht einen von ihm beobachteten Fall, bei dem Symptome aufgetreten waren, die er als akromegale auffaßt und auf übermäßige Funktion



der Hypophysis zurückführt. Die Finger der betr. Patientin waren während der Gravidität dicker geworden, ebenso die Füße, Nase und Lippen; die Patientin war matt und schläfrig und schied vermehrte Urinmengen aus; auch wurde festgestellt, daß der Unterkiefer nach vorn vorragte, und daß der Urin Zucker enthielt. — Alle diese Erscheinungen gingen nach der Entbindung zurück. — Verf. glaubt, daß in diesem wie in anderen ihm nahestehenden Fällen durch das Aufhören der Ovarialsekretion in der Schwangerschaft die in Wechselwirkung mit den Ovarien stehende Hypophysis zu gesteigerter Tätigkeit angeregt werde, und daß so die genannten Symptome hervorgerufen würden.

Sarteschi (173) teilt einen sehr interessanten Fall mit. Der Riese war 76 Jahre alt, hatte also ein hohes Alter erreicht.

Verf. schildert diesen Patienten als einen Fall von sogenanntem Gigantismus infantilis mit akromegalischen Symptomen; in der Tat war die Entwicklung der Genitalien durchaus mangelhaft; Bart, Schnurrbart und Haare am Pubes fehlten vollständig. (*Audenino.*)

Hemiatrophia faciei et corporis.

Ref.: Dr. Kurt Mendel-Berlin.

1. Afzelius, Arvid, Sklerodermie mit Hemiatrophia facialis. Archiv f. Dermatologie. Bd. CVI. H. 1—3. p. 3. und Svens. läk. sällsk. Forhandling. 1910. 455—457.
2. Fuchs, Fall von Hemiatrophia facialis progressiva. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1890. (**Sitzungsbericht.**)
3. Geist, Ein Fall von halbseitiger Unterentwicklung. Neurolog. Centralbl. No. 3. p. 122.
4. Hald, H. P. Tetens, Fall von circumscripter Gesichtsatrophie („Hemiatrophia facialis progressiva".) Behandlung mittelst Paraffininjektion. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1912. p. 52. (**Sitzungsbericht.**)
5. Jordan, W., A Case of Hemiatrophy. Birmingh. Med. Rev. LXIX. 187.
6. Knapp, Philip Coombs, Hemiatrophy from Sclerodermia. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 3. Neurological Section. p. 28.
7. Moleen, George A., Facial Hemiatrophy. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 38. No. 3. p. 152.
8. Schmiegelow, E., Frau mit Hemiatrophia faciei. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1912. p. 248. (**Sitzungsbericht.**)
9. Stier, Fall von Hemiatrophia faciei. Neurolog. Centralbl. p. 168. (**Sitzungsbericht.**)

Moleen (7) berichtet über einen 10jährigen Knaben mit Hemiatrophia faciei seit mehreren Jahren. Das Leiden wurde zuerst ungefähr 6 Monate nach einem Fall des Kindes auf die linke Gesichtsseite beobachtet. Weichteile und Knochen der letzteren waren in typischer Weise atrophisch, Mund und Nase nach links verzogen, das linke Auge scheinbar eingesunken, die Haut der linken Gesichtsseite trocken, kühl und blaß. Auch die Zähne links waren kleiner.

Geist (3) berichtet über einen Knaben mit halbseitiger Unterentwicklung; er bot folgenden Befund: Die Knochenentwicklung ist links geringer als rechts, die Muskulatur ist auf beiden Seiten verschieden stark, aber auf jeder Seite entspricht sie durchaus der Skelettentwicklung, es fehlt jede Spur von Lähmung. Die linke Gehirnhälfte ist kleiner als die rechte, die Zunge ist links verschmälert. Ob Hoden und Augäpfel je nach den Seiten verschieden groß sind, läßt sich schwer sagen, ist aber wahrscheinlich. Die Beurteilung der paarigen inneren Organe ist allerdings nicht genauer möglich. Es berechtigen aber die feststellbaren Ergebnisse zu der Diagnose, daß

beide Körperhälften zwar verschieden sind, daß aber jede an sich in der Hauptsache morphologisch normal gebaut ist, so daß es sich im vorliegenden Falle um eine angeborene asymmetrische Körperentwicklung handelt.

„Die Ätiologie solcher halbseitigen Asymmetrien ist noch völlig dunkel, und auch die Entstehungsweise unseres Falles ist nicht geklärt. Gerade darum erscheint es aber nicht überflüssig, zwei Punkte hervorzuheben, die für die Beurteilung von Wert sein können. Zunächst muß noch nachgetragen werden, daß der 2 Jahr ältere, übrigens nicht schwachsinnige Bruder des Knaben eine zwar geringere, aber deutliche und bemerkenswerte Unterentwicklung der linken Gesichtshälfte zeigt. Der übrige Körper nimmt daran nicht teil. Dieser Bruder hat aber einen anderen Vater wie unser Knabe. In der Familie oder Verwandtschaft der Mutter sollen aber gleiche oder ähnliche Mißbildungen fehlen. Des weiteren wäre darauf hinzuweisen, daß unser Knabe in der linken Ohrgegend einen Anhang hat, der ebenso wie die Verbildung des Ohrläppchens auf amniotische Verwachsungen hinweist. Die Bedeutung des Amnions für Mißbildungen ist bekannt; ob es bei unserer Asymmetrie ätiologisch in Betracht kommen kann, muß dahingestellt bleiben."

Der Fall, den **Afzelius** (1) veröffentlicht, hat besonderes Interesse wegen der Kombination der Hemiatrophia facialis mit halbseitiger Sklerodermie. Es könnte dieser Umstand mit dafür sprechen, daß die Hemiatrophia facialis trophoneurotischen Ursprungs ist. Die Erkrankung betraf eine 20jährige junge Dame, die im 5. Lebensjahre an Influenza mit Lungenkatarrh und Fieber erkrankt war und einige Monate darauf unter großer nervöser Reizbarkeit eine Hautaffektion bekam, die an der linken Bauchseite begann, sich vom linken Malleolus bis zum Knie ausbreitete und auch an der linken Stirnseite eine kleine sklerosierte Stelle bildete. Erst in den letzten beiden Jahren entstand eine Atrophie der linken Gesichtshälfte, während die Sklerodermie bereits vier Jahre vorher zur Ausheilung gelangt war. Die Haut der linken Gesichtshälfte ist atrophisch, ebenso das Unterhautgewebe, die ganze linke Seite ist kleiner. Muskeln und Knochen sind aber nicht beteiligt. Die Haut ist gut verschiebbar, die Nasenspitze ist nach links gebogen, der linke Nasenflügel ist dünn, ebenso die linke Hälfte der Oberlippe, die atrophisch und emporgezogen ist. Die Sensibilität war normal. (*Bendix.*)

Cephalea, Migräne, Neuralgien usw.

Ref.: Dr. Arthur Pelz-Königsberg.

1. Aswadurow, Christoph, Über die Sympathikussymptome bei der Migräne, insbesondere über die Anisokorie. Wiener klin. Rundschau. No. 40—45. p. 629. 648. 664. 679. 711.
2. Auerbach, Siegmund, Zum Wesen des sogen. Knötchen- oder Schwielenkopfschmerzes. Bemerkungen zu dem Aufsatz von A. Müller: „Der muskuläre Kopfschmerz, dessen Wesen und seine Behandlung. (Diese Zeitschr. Bd. 40. p. 235 ff.) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 42. H. 5—6. p. 399.
3. Azua, Juan de, Cancers imaginaires de la langue (Glossodynie). Revista clin. de Madrid. 1910. No. 4. p. 121.
4. Balthazard, Deux cas de coccygodynie traumatique. Soc. de méd. lég. de France. Bull. 2. s. VIII. 3—8.
5. Baudouin, A., Quelques considérations à propos d'un cas de névralgie faciale. Revue neurol. I. p. 126. **(Sitzungsbericht.)**
6. Berkeley, Comyns, Backache. The Practitioner. Vol. LXXXVII. No. 4. Oct. p. 477.
7. Bogardus, H. J., Podalgia and Flat-Feet. Journ. of the Med. Soc. of New Jersey. March.



8. Bolten, G. C., Over Mortons vorm van metatarsalgie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. 547—564. (cf. Jahrg. XIV. p. 853.)
9. Bouchaud, Accès de migraine simple. Paralysie du sphincter de l'iris et du muscle ciliaire. Journal de Neurologie. No. 3. p. 41.
10. Breitmann, Über die diagnostische Bedeutung des Schmerzes im Epigastrium. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2583. (Sitzungsbericht.)
11. Bression, J., A propos du diagnostic de la névralgie faciale d'origine dentaire. Revue de Stomatologie. No. 8. p. 390—396.
12. Broca, Aug., Coxalgie hystérique. La Presse médicale. No. 69. p. 697.
13. Broeckaert, J., Nasale Neuralgie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. I. 1926. und Ann. des mal. de l'oreille. Vol. 36. No. 1. p. 1—10.
14. Brown, Thomas R., Urinary Hyperacidity and its Relation to Neuritis, Neuralgia and Myalgia. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. Vol. XXII. p. 1.
15. Bülow-Hansen, V., Lumbago. Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. LXXII. No. 7. p. 808.
16. Bunts, F. E., Trifacial Neuralgia. The Cleveland Med. Journ. Vol. X. No. 6. p. 507.
17. Cade, A., Rectalgie idiopathique. Lyon médical. T. CXVII. p. 196. (Sitzungsbericht.)
18. Casselberry, W. E., Attenuated Types of Suppurative Sphenoïditis in Relation to So-called Postnasal Catarrh, to Headache with Mental Daze, and to Asthma. Medical Record. Vol. 80. p. 595.
19. Cavard, La pronation douloureuse des enfants. Thèse de Montpellier.
20. Chavanne, F., Cephalée et obstruction nasale. Arch. internat. de Laryngol. Vol. XXXI. No. 1. p. 173.
21. Chevallereau, La migraine ophthalmique. Journal de Médecine de Paris. No. 8. p. 155.
22. Clark, L. Pierce, and Taylor, Alfred S., Echter Tic douloureux der sensiblen Fasern des N. facialis. Operation und Heilung. Neurol. Centralbl. No. 20. p. 1154.
23. Codet-Boisse, Talalgie et exostose sous-calcanéenne. Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux. XXXII. 193—195.
24. Cohn, Paul, Ueber Migräne. Dtsch. Mediz. Presse. No. 10. p. 77.
25. Cone, Sydney M., An Unusual Pathologic Condition of the Sacro-Iliac Joint, Causing Sciatica. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1847. (Sitzungsbericht.)
26. Dana, Charles L., Interpretation of Pain and the Dysesthesias. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 11. p. 787.
27. Erben, Siegmund, Diagnose des Kreuz- und Rückenschmerzes. Mediz. Klinik. No. 51. p. 1967.
28. Ferron, Un cas de névralgie traumatique des racines postérieures du plexus brachial. Gaz. des hopitaux. p. 864. (Sitzungsbericht.)
29. Fischer, Diagnostische Vorführung zur Frage, ob eine Trigeminusneuralgie dentalen Ursprungs sei. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2092. (Sitzungsbericht.)
30. Funke, J., The Putrefactive Products of the Intestinal Canal as Etiologic Factors in Certain Forms of Neuralgias. New York Med. Journal. Febr. 18.
31. Galloway, James, Severe Facial Neuralgia Associated with Myoma Cutis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Clinical Section. p. 7.
32. Gara, Sigmund, Ein Abdominalsymptom der Ischias. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 736.
33. Goldthwait, J. E., The Lumbosacral Articulation. An Explanation of Many Cases of „Lumbago", „Sciatica", and „Paraplegia". Boston Med. and Surg. Journal. March. 16.
34. Grandclément, Tic douloureux de la face. Lyon médical. T. CXVII. No. 30. p. 173. (Sitzungsbericht.)
35. Halle, Myalgien in der Ohrenheilkunde. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. p. 768.
36. Harkness, G. F., Headaches as Related to the Eye and Nose. Jowa Med. Journal. June.
37. Heath, F. C., Ocular Headache and its Relief. Journ. of the Indiana State Med. Assoc. March.
38. Heimann, Ernst A., Höhenschielen und Stirnkopfschmerz. Berl. klin. Wochenschr. No. 23. p. 1039.
39. Hendrix, Tarsalgie des adolescents. Policlin. XX. 142.
40. Henning, C., Differential Diagnosis Between Ocular and Accessory Sinus Headache. Washington Med. Annals. Nov.
41. Hill, E. C., Flat-Foot: A Possible Cause of Back-Ache. Military Surgeon. Jan.
42. Hummel, E. M., Neuralgia Pain in Distribution of Nerves Pressed on by Inflammatory Exudate and Scar Tissue. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jan.
43. Janowski, W., De la névralgie intercostale. Etudes des symptômes accusés par les malades. Paris. Masson & Cie.
44. Kahn, H., Neuralgia of the Larynx. Chicago Med. Recorder. April.



45. Koder, Trigeminusneuralgie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2157.
46. Lasagna, Beziehungen zwischen dem Sinus maxillaris und dem 2. Trigeminusast. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1912. p. 113. **(Sitzungsbericht.)**
47. Leclerc, F., Note à propos d'un cas de migraine ophtalmoplégique. Revue de Médecine. No. 10. p. 423.
48. Léopold-Levi et Rothschild, Henri de, La migraine thyroïdienne de l'enfant. Bull. de l'Académie de Médecine. T. LXVI. No. 37. p. 229.
49. Loeper, M., y Esmonet, C., Las algias simpáticas y la hiperestesia del abdomen. Rev. clin. de Madrid. 1910. IV. 1—8.
50. Machat, B. B. Facial Neuralgia. Dental Cosmos. 1910. II. 1335—1339.
51. Mager, Fall von Ischias scoliotica. Wiener klin. Wochenschr. p. 261. **(Sitzungsbericht.)**
52. Maillard, G., Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification). Revue neurol. 2. S. p. 247. **(Sitzungsbericht.)**
53. Martinet, Alfred, La céphalalgie des hypotendus. La Presse médicale. No. 17. p. 155.
54. Mechior, M., Tooth-ache of Toothless People. Ugesk. f. Laeger. LXXIII. 211—220.
55. Merklin, Über Migräne. Neurol. Centralbl. p. 518. **(Sitzungsbericht.)**
56. Meyer, F. A., Neuralgie in Trigeminusästen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55.** (1.) 232. **(Sitzungsbericht.)**
57. Miller, J. E., Meralgia paresthetica Due to Pressure of the Corset. Arch. int. Med. VII. 182.
58. Miner, L. M. S., A Contribution to the Etiology of Neuralgia of the Head. N. Engl. Med. Gaz. 1910. XIV. 560—566.
59. Moffitt, H. C., Migraine. California State Journ. of Medicine. Sept.
60. Monahan, R., Trifacial Neuralgia. Dominion Dental Journ. XXIII. 99—109.
61. Moncorgé, H., La névralgie ciliaire idiopathique. Clin. opht. XVII. 243—248.
62. Müller, A., Der muskuläre Kopfschmerz. Leipzig. F. C. W. Vogel. (cf. Jahrg. XIV. p. 855.)
63. Ogilvy, C., Chronic Backache; Etiology, Treatment. New York Med. Journal. April. 22.
64. Packard, G. B., Causes and Treatment of Chronic Backache. Colorado Medicine. April.
65. Pashayan, N. A., Etiology and Treatment of Certain Forms of Periodical Headaches. New York State Journ. of Medicine. Sept.
66. Percy, J. F., Headache from Surgical Point of View. Jowa Med. Journ. June.
67. Picker, R., Geheilter Fall von Ischias. Orvosi Hetilap. No. 27.
68. Pitfield, Robert L., Relaxation of the Sacro-Iliac Joints as a Cause of Sciatica and Backache. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLI. No. 6. p. 855.
69. Plate, Erich, Über Entstehung und Behandlung der Ischias scoliotica. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 116.
70. Rendleman, William H., Constitutional Headache. Jowa Med. Journ. June.
71. Rieth, 1. Traumatische Schmerzen in der Lumbalgegend. 2. Traumatische Schmerzen und Lähmung der rechten Schulter und des rechten Arms. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 281. **(Sitzungsbericht.)**
72. Riggs, C. E., Ophthalmic Migraine. St. Paul Med. Journal. Jan.
73. Rivière, De la migraine tardivement aggravée. Thèse de Bordeaux.
74. Rogers, M. H., Sciatica: Etiology and Treatment. Boston Med. and Surg. Journ. Nov. 16.
75. Rommel, Ostitis fibrosa mit linksseitiger Ischias. Berl. klin. Wochenschr. 1912. p. 323. **(Sitzungsbericht.)**
76. Rose, Félix, La céphalée musculaire. La Semaine médicale. No. 13. p. 145.
77. Scalone, J., L'istologia del ganglio di Gasser nelle nevralgie del trigemino (a proposito di un caso di estirpazione del ganglio praticata dal Prof. D'Antona). Ann. di Nevrol. XXIX. fasc. 1—2. p. 17.
78. Schanz, Fritz, Kopfschmerzen und Augenmuskelstörungen. Medizin. Klinik. No. 23. p. 878.
79. Schellong, O., Die Neuralgien der täglichen Praxis. Berlin. J. Springer.
80. Schepelmann, Emil, Zur Differentialdiagnose zwischen trockener Pleuritis und Intercostalneuralgie. Berliner klin. Wochenschr. No. 24. p. 1078.
81. Schmidt, Ad., Magensymptome und Magenäquivalente bei Migräne. Medizin. Klinik. No. 50. p. 1932.
82. Schottin, W. R., Phosphorarmut der Rindenzentren Ursache der Migräne. Heilung durch Phosphorlecithin-Oel. Medizin. Klinik. No. 9. p. 340.
83. Schottin, Ueber Migräne. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1727.
84. Sicard, J. A., La sciatique (diagnostic et traitement). Journal de Médecine de Paris. No. 41—42. p. 791. 811.



85. Skinner, C., Headache or Migraine. Hemicrania. Louisville Monthly Journ. of Med. and Surgery. March.
86. Spira, R., Seltenere Fälle von Parästhesien und Neuralgien im Gebiete des Gehörorganes. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. p. 790. **(Sitzungsbericht.)**
87. Stein, J., Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Herpes zoster mit Viszeralneuralgie. Prager mediz. Wochenschr. No. 26. p. 330.
88. Stengel, Alfred, and Pepper, William, Two Cases of Bilateral Pain Below the Knee. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 413. **(Sitzungsbericht.)**
89. Stephens, T. G., Neuralgia of Fifth Nerve. Medical Fortnightly. Dec.
90. Stolz, Über Scoliosis ischiadica alternans. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1008.
91. Taylor, W., Headache. New York Med. Journ. Sept. 30.
92. Thomas, T. Turner, Stiff and Painful Shoulders, with Loss of Power in the Upper Extremity. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLI. No. 4. p. 515.
93. Thomson, H. C., On Headache. Med. Mag. XX. 72—76.
94. Tilley, Herbert, Malignant Tumor of the Nasopharynx Associated with Deafness, Neuralgia and Weakness of the Levator Palati. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 2. Otological Section. p. 39.
95. Tobias, E., Intercostalneuralgie durch Aneurysma der absteigenden Aorta. Berliner klin. Wochenschr. p. 687. **(Sitzungsbericht.)**
96. Todd, F. C., Nasal Catarrh, Neuralgias, Headaches and Other Symptoms Arising from Unsuspected Ethmoiditis. Journ. of Minnesota State Med. Assoc. and Northwestern Lancet. XXXI. N. 19.
97. Torrini, Umberto Luigi, De l'otalgie. Revue hebd. de Laryngol. No. 17—18.
98. Travell, J. W., A Noteworthy Case of Sciatica. Journ. Advanc. Therap. XXIX. 255—261.
99. Truslow, W., Metatarsalgia. Long Island Med. Journ. V. 223—227.
100. Vail, D. T., Ocular Migraine. Journ. of Ophthalmology. Oct. V. No. 10.
101. Viana, G., Contributo alla casistica delle nevralgie del trigemino. Gazz. d. osp. 1910. XXXI. 593—594.
102. Weill, La céphalée chez l'enfant. La Province médicale. No. 31. p. 317.
103. Weisenburg, T. H., The Diagnosis of Facial Pains from Those of Tic-douloureux and Their Treatment by Alcoholic Injection. The Therapeutic Gazette. May. p. 305.
104. Westphal, Über einen Fall von Hemicrania ophthalmica (Augenmigräne) mit anfallweise auftretender absoluter Pupillenstarre. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 724. **(Sitzungsbericht.)**
105. Whiteford, C. Hamilton, Neuralgia of the Edentulous Alveolus. Brit. Med. Journal. II. p. 379.
106. Williams, E. M., Cerebral Rheumatism. New York Med. Journ. Sept. 2.
107. Williams, T. A., Chronic Headache; Neurological Advances, Regarding its Diagnosis and Treatment. Med. Press and Circ. n. s. XCII. 38—40.
108. Wohlauer, Franz, Ischias scoliotica und Spondylitis. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 602—605.
109. Zolotoreff, Mlle, La névralgie. „Zona." Les zonas sans éruption ou avec éruption minime. Thèse de Paris.

Ischias.

Gara (32) fand in fast allen seiner Fälle (unter 124 Fällen 118 mal) eine sehr starke Druckschmerzhaftigkeit, wenn er in der Nabellinie einen Querfinger unter dem Nabel und in gleicher Höhe zwei Finger breit neben der Nabellinie an der erkrankten Seite mit einem mäßigen Druck und senkrecht gegen die Wirbelsäule in das Abdomen seinen Finger versenkte. Spontan war dort kein Schmerz vorhanden. Zur Erklärung führt Gara an, daß die schmerzhafte Stelle der Gegend des letzten Lendenwirbels, des ersten Kreuzbeinwirbels und seitlich den Nervenwurzeln entspricht, die aus den Foramina intervertebralia heraustretend, zum Plexus ischiadicus sich vereinigen. Dorthin aber verlegt Gara den Krankheitsherd der Ischias.

Sicard (84) gibt eine zusammenfassende Darstellung über Genese, Diagnose und Behandlung der Ischias.

Plate (69) faßt seine Arbeit dahin zusammen:

1. Bei der Ischias scoliotica sind mehr oder weniger ausschließlich nur die Wurzeln der Nerven krank.



2. Durch Vermittlung zahlreicher Anastomosen findet leicht ein Übergang auf den Plexus lumbalis statt.

3. Dadurch entsteht eine Neuralgie der sensiblen Muskeläste des Iliopsoas.

4. Infolge der Schmerzhaftigkeit sträubt sich der Iliopsoas gegen völlige Streckung.

5. Darum wird das Hüftgelenk etwas gebeugt gehalten, kann aber in dieser Stellung wegen der Schmerzhaftigkeit bei Kontraktion des Iliopsoas nicht festgestellt werden, also nicht als Stütze dienen.

6. Wegen der Verkürzung des Beines wird das Becken schräg gestellt.

7. Um balancieren zu können, muß eine skoliotische Haltung der Wirbelsäule eingenommen werden.

8. Neben der Ischias muß die Myalgie des Iliopoas behandelt werden.

Wohlauer (108) teilt kurz einen Fall mit, bei dem ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Ichias scoliotica und Spondylitis bestand.

Picker (67) berichtet über linksseitige Ischias bei einem Manne, welche sich im Anschluß an Gonorrhöe vier Wochen nach der Infektion und während der Behandlung derselben einstellte. Rektale Untersuchung ergab beiderseits Spermatozystitis mit starker Infiltration des linken Samenbläschens; nach Massage der letzteren schwand rasch die bis dahin jeder medikamentösen Behandlung trotzende Ischias. (*Hudovernig.*)

Neuralgie.

Schepelmann (80) beobachtete die Tatsache, daß bei Interkostalneuralgie der Schmerz zunimmt, wenn der Körper nach der kranken Seite, bei trockener Pleuritis aber, wenn er nach der gesunden Seite sich hinüberneigt. Die Erklärung liegt in der Entspannung des Rippenfells bzw. Druck des Interkostalnerven durch Nähern der Rippen.

Schellong (79) gibt eine ausführliche Monographie der verschiedensten Neuralgieformen. Ref. hat den Eindruck, als wenn Schellong den Begriff der Neuralgie, wie das allerdings Praktiker gerade meistens tun, nicht sehr scharf faßt. 17 % aller seiner Kranken litten an Neuralgien. Echte Neuralgien kommen doch relativ viel seltener vor. Während den Neuralgien am Fuß 6 Seiten gewidmet sind, hat die gerade für den Praktiker so wichtige Trigeminusneuralgie sich mit 1½ Seiten begnügen müssen. Wobei der Darstellung, als wäre dieses Leiden ein harmloses und mit Chinin jederzeit Erfolg zu erzielen, entschieden widersprochen werden muß. Wissenschaftlich neue Tatsachen werden in dem Buch nicht gefördert.

Stein (87) beschreibt einen Fall von Herpes zoster lumbo-inguinalis kombiniert mit schweren Darmneuralgien bei einer 76jährigen Frau.

Janowski's (43) klinische Monographie schildert sehr eingehend die einzelnen Symptome der Interkostalneuralgie, wie sie die Kranken selber schildern, und erörtert dann bis ins letzte die Differentialdiagnose. Nichts Neues!

Bei 44 Fällen von Neuritis, Neuralgien usw. hat **Brown** (14) das spezifische Gewicht und die Azidität des Urins festgestellt. Er fand die Azidität um das Dreifache des Normalen gesteigert und baut darauf eine besondere Therapie (Alkalizufuhr usw.) auf.

Clark und **Taylor** (22) teilen einen Fall von Tic douloureux der sensiblen Fasern des N. facialis mit. Es handelte sich um eine 28jährige Morphinistin, die nach einem heftigen Fieberanfall ununterbrochen Schmerzen vor dem rechten Ohr bekam, der später 2—3 Stunden anhielt. Wegen der Annahme einer Läsion des Ganglion geniculatum wurden der Fazialis, die Pars intermedia und der obere Faszikulus des Akustikus durchschnitten und dadurch die Ohrenschmerzen beseitigt. (*Bendix.*)



Migräne.

Aswadurow (1) gibt erst eine ausführliche Zusammenstellung der Theorien über die Entstehung der Migräne und verweilt besonders bei der Peritzschen myalgischen Theorie. An der Hand von 9 Fällen versucht er dann zu erweisen, daß sich auch die bei Migräne vorkommenden Sympathikusstörungen, die durch die anderen Theorien nicht erklärt werden könnten, durch die myalgische Theorie, d. h. durch Druck der Myalgien auf das Gangl. cervicale suprem., erklärt würden. (Ref. möchte aber nachdrücklichst betonen, daß seines Erachtens von den 9 Fällen — ebenso wie viele Fälle von Peritz — kein einziger eine echte Migräne ist.)

Im Falle **Leclerc**'s (47) handelte es sich um doppelseitige periodische totale Augenmuskellähmung: die Bulbi waren fast völlig unbeweglich, die Pupillen mittelweit und starr. In der Jugend keine Migräne. Der erste Anfall mit 40 Jahren.

Chevallereau (21) gibt im Anschluß an eine Selbstbeobachtung eine kurze Übersicht über die Augenmigräne.

Bouchaud's (9) Fall war jahrelang eine einfache Migräne, zu der dann eine Lähmung des Sphinkter iridis und des Ziliarmuskels hinzutrat.

Schottin (82) geht von einem Fall von „Migräne" aus, der sicher keine Migräne gewesen ist. In sehr gelehrt klingenden Ausführungen kommt er zu dem Schluß, daß die Migräne ihre Ursache in einer Reizbarkeit der psychosensorischen usw. Rindenzentren habe. Da die Spasmophilie der Kinder, besonders der rachitischen, die ja ihre Ursache entsprechend in einer Reizbarkeit der motorischen Zentren habe, durch Phosphor günstig beeinflußt sei, kam er auf die glänzende Idee, Migräne mit Phosphor zu behandeln und zu heilen (!).

Schmidt (81) hat etwa 20 Fälle gesammelt, welche die Beziehungen gewisser periodisch wiederkehrender Magensymptome zur Migräne nahe legen. In den meisten Fällen handelte es sich um persistente Magenatonie mit allgemeiner Enteroptose. Die Migräne und die Enteroptose führt in diesen Fällen Schmidt auf eine mangelhafte Anlage (Atonia universalis nach Stiller und ererbte Entartung des Gehirns nach Möbius) zurück. (*Bendix.*)

Cephalaea.

Heymann (38) schildert die Symptome des Höhenschielens, der sog. Hyperphorie; die Beschwerden dabei sind wesentlich schwerer als bei Eso- und Exophorie. Denn um diese Art Schielen auszugleichen, müßten wir, da ein Auge höher steht als das andere, isoliert die Heber und Senker jedes einzelnen Auges innervieren können, um beide Augen in gleiche Höhe zu bringen. Dazu sind wir aber nicht imstande. Die Patienten klagen über unscharfes Sehen, über schnelle Ermüdung der Augen beim angestrengten Fernsehen und auch bei der Nahearbeit, Benommenheit und Druck im Kopf, in der Stirn, Schwindelgefühl, Übelkeit, besonders aber häufig wiederkehrende heftige Supraorbitalneuralgien. Viele Fälle von Kopfschmerzen sind darauf zurückzuführen und durch korrigierende Gläser zu heilen. Bei der Untersuchung ist nicht nur auf den Grad des Schielens zu achten, — der geht nicht immer proportionell dem Grade der Beschwerden —, sondern auch auf die sog. Sub- und Superduktion, die Fähigkeit für Überwindung entgegengesetzter Prismen.

Weill (102) bespricht in einer klinischen Vorlesung die Mannigfaltigkeiten des kindlichen Kopfschmerzes, der bei den allerverschiedensten Affektionen vorkommen kann. Trotzdem kann man je nach dem Alter drei



Hauptgruppen abgrenzen. Am wenigsten genau ist seine Diagnose beim Säugling. Meist handelt es sich um Meningitis. Im kindlichen Alter ist der Kopfschmerz oft das Anzeichen der tuberkulösen Meningitis, deren frühestes und sicherstes Symptom er ist. Im späteren Kindesalter bzw. in den Übergangsjahren muß langanhaltender Kopfschmerz immer Verdacht auf Hirntumor erwecken. Allerdings ist zunächst der Gesamtorganismus, insbesondere Sinnesorgane, Nieren, Darmtraktus genau zu untersuchen, bevor man Meningen oder nervöse Zentralorgane beschuldigt.

Chavanne (20) teilt, ohne etwas hinzuzufügen, einen Fall von Kopfschmerz mit, der durch Behandlung der Nase prompt geheilt wurde.

Auerbach (2) polemisiert zunächst gegen eine Arbeit von A. Müller (ibid. Bd. 40) — wie Ref. meint, mit Recht und mit Erfolg — und teilt dann noch eigene neue Erfahrungen mit, insbesondere pathologisch-anatomische. Er hatte bei einer Frau mit typischem Schwielenkopfschmerz aus dem M. splenius ein „Knötchen" exzidiert und mikroskopisch untersucht. Er fand das interfibrilläre Bindegewebe sehr stark vermehrt (Myositis fibrosa). Eine Kontrolluntersuchung aber ergab genau den gleichen Befund, so daß dieser als histologisches Substrat des schmerzhaften Leidens nicht angesehen werden darf. Als Hypothese erwähnt Auerbach die Möglichkeit einer zirkumskripten Erweiterung von Lymphgefäßen, vielleicht mit eingedickter Lymphe.

Schanz (78) bespricht eingehend, wie häufig für Kopfschmerz, Schwindel und viele andere nervöse Symptome Augenmuskelstörungen die Ursache sind: Konvergenzschwäche, Akkommodationskrampf bzw. Asthenopie, Höhenschielen sind die drei wichtigsten Arten.

Trauma und Nervenkrankheiten.

Ref.: Dr. Kron-Moskau.

1. Anders, Karl, Unscheinbare Kopfverletzung mit letalem Ausgang. Der Amtsarzt. No. 2. p. 80.
2. Ascher, B., Progressive Muskelatrophie — Armverletzung. Aerztl. Sachverständigen Zeitung. No. 14. p. 293.
3. Derselbe, Selbstmord angeblich in Folge von Sonnenstich. Entschädigung abgelehnt. Medizin. Klinik. No. 32. p. 1251.
4. Babler, Edmund A., Report of Thirteen Cases of Hemiplegia Following Head Injury. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 13. p. 953.
5. Babonneix, L., Gliomes et traumatismes cérébraux. Gazette des hôpitaux. No. 100. p. 1459.
6. Bárany, Nystagmus nach Unfall. Labyrinthaffektion. Wiener klin. Wochenschr. p. 1173. **(Sitzungsbericht.)**
7. Bassoe, Peter, Compressed Air Disease. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 368. **(Sitzungsbericht.)**
8. Belletrud, M., et Froissard, P., Pour servir à l'histoire des traumatismes crâniens. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 6. p. 353.
9. Benon, R., L'asthéno-manie post-traumatique. Gaz. des hôpitaux. No. 97—98. p. 1423. 1435.
10. Bevan, A. D., Traumatic Neuroses. Internat. Clin. 1910. 20. S. IV. 135—141.
11. Beyer, Ernst, Prognose und Therapie bei den Unfallneurosen der Telephonistinnen. Medizin. Klinik. No. 51. p. 1975.
12. Biasioli e Masucci, Sopra un caso interessante di anosmia traumatica dal punto di vista medico-legale. Arch. ital. di otol. 1910. XXI. 391—402.
13. Bibergeil, Eugen, Traumatische Neurose und Sudecksche Knochenatrophie. Mediz. Klinik. No. 24. p. 921.
14. Bienfait, Troubles nerveux d'origine médullaire à la suite des traumatismes des extrémités. Journal de Neurol. No. 12. p. 226.



15. **Bischoff**, Ernst, Über einen Fall von Starkstromverletzung. Die Restitutionsreihe der körperlichen und geistigen Störungen. Medizin. Klinik. No. 28. p. 1080.
16. **Bles**, Ch., Ueber elektrische Unfälle. Med. Weekbl. **18.** 249. 261.
17. **Bloch**, Ernst, Arteriosklerose und Unfall. Aerztl. Sachverst. Zeitung. No. 24. p. 502.
18. **Boldt**, Schwere hysterische Lähmung eine Züchtigungsfolge? Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 14. p. 289.
19. **Bolten**, G. C., Een ongewoon geval van Traumatische Neurose. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55.** (2.) 734.
20. **Bossi**, Le conseguenze dei traumi psichici sulla mestruazione, la gravidenza, il parto, il puerperio e l'allattamento. Ginecol. mod. 1910. III. 32—39.
21. **Bourke**, W., Case of Jacksonian Epilepsy Associated with Traumatism. South African Med. Rec. IX. 71—73.
22. **Brasch**, W., Über Muskeldystrophie und Myotonie nach Unfall. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 12. p. 621.
23. **Bravo y Moreno**, F., La evolución del traumatismo. Archivos de Psiquiatria y Criminol. **10.** 572.
24. **Brouwer**, B., Trauma und Tumorbildung im Zentralnervensystem. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55** (2). 413. **(Sitzungsbericht.)**
25. **Bruch**, Carl, Psychisches Trauma und Gehirnentzündung. Medizin. Klinik. No. 24. p. 941.
26. **Brunzlow**, Gehörschädigungen durch Schalleinwirkung. **(Sammelbericht.)** Deutsche militärärztl. Zeitschr. No. 3. p. 130—135.
27. **Bum**, A., Anpassung und Gewöhnung an Unfallfolgen. Wiener klin. Wochenschr. p. 1541. **(Sitzungsbericht.)**
28. **Bumm**, Unfallkunde. **(Sammelreferat.)** Medizin. Klinik. No. 17. p. 666. No. 38 p. 1468. No. 44. p. 1708.
29. **Buys**, Contribution préliminaire à l'étude de la symptomatologie des lésions déterminées par traumatisme indirect. La Presse oto-laryngol. No. 3. p. 97.
30. **Capart** fils, Maladies et accidents professionneles des téléphonistes. Arch. internat. de Laryngol. T. XXXI. No. 3. p. 748. u. La Presse oto-laryngol. No. 5. p. 209.
31. **Cominelli**, A., Su di un forma rara di nevrosi da choc elettrico. Gior. internaz. d. sc. med. 1910. N. S. XXXII. 1038—1144.
32. **Conroy**, P., Etiology of Caisson Disease. Maritime Med. News. 1910. XXII. 330—334.
33. **Courtois-Suffit** et **Bourgeois**, Fr., Coccygodynie traumatique. Journal de Médecine de Paris. No. 11. p. 217.
34. Dieselben, Deux cas de coccygodynie d'origine traumatique. Ann. d'Hygiène publique. T. XV. Févr. p. 153.
35. Dieselben, De l'état antérieur devant la jurisprudence à propos de deux cas de traumatismes chez des tabétiques frustes. Gaz. des hopitaux. No. 62. p. 953.
36. **Delsaux**, V., Interprétation des accidents du travail et des maladies professionnelles intéressant l'oreille, le nez et la gorge. La Presse oto-laryngol. No. 5. p. 223.
37. **Demoulin**, A propos des accidents éloignés consécutifs aux traumatismes craniens. Bull. Soc. de Chirurgie de Paris. T. XXXVII. No. 1. p. 10.
38. **Deutschländer**, Angioneurotische Gangrän des Zeigefingers nach Trauma. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2404.
39. **Diller**, Theodore, The Prognosis in Traumatic Nervous Diseases. International Clinics. Vol. III. Twenty-first Series. p. 149.
40. **Douglas**, C., Glycosuria in Head Injuries. Australasian Med. Gazette. March.
41. **Dreyfus**, Georges L., Tödliche Lähmung der Gehirngefässe nach Kopftrauma. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. XII. H. 4. p. 447.
42. **Egger**, Die traumatische Neurose und das Gesetz über Kranken- und Unfallversicherung. Revue suisse des accidents du travail. 1910. No. 2.
43. **Engel**, Hermann, Unfall und Gehirnblutung. Ursächlicher Zusammenhang abgelehnt. Drei Gutachten. Medizin. Klinik. No. 19. p. 750.
44. Derselbe, Tod an Myelitis, angebliche nach Wadenbeinbruch. Ursächlicher Zusammenhang abgelehnt. ibidem. No. 33. p. 1289.
45. Derselbe, Tod nicht Folge einer behaupteten Blitzschlagwirkung. ibidem. No. 35. p. 1368.
46. Derselbe, Zwei Kopfverletzungen binnen zwei Tagen. Welcher Unfall war der todbringende? ibidem. No. 46. p. 1786.
47. Derselbe, Bleivergiftung noch als Betriebsunfall anerkannt. ibidem. No. 51. p. 1993.
48. **Erben**, S., Vorschläge zur Beurteilung und Behandlung der Unfallneurosen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 36. p. 2241.
49. **Erfurth**, Zuckerharnruhr und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 1.
50. **Esch**, Monopolisierung der Unfalltherapie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 444. **(Sitzungsbericht.)**



51. **Fankhauser**, „Psychisches Trauma und Gehirnentzündung" von Dr. Carl Bruch. No. 24 dieser Zeitschr. Medizin. Klinik. No. 36. p. 1401.
52. **Feri, K.**, Fall von funktioneller Kontraktur der linken Hand- und Fingergelenke nach Unterarmverletzung. Wiener klin. Wochenschr. p. 685. **(Sitzungsbericht.)**
53. **Ferrier, D.**, Nervous Affections of Traumatic Origin. Clinical Journal. Oct. 18. XXXIX. No. 2.
54. **Fischer, Leopold**, Eine Unfallverletzung im Schlaf infolge eines Traumes. Medizin. Klinik. No. 7. p. 264.
55. **Foerster, Rudolf**, Obergutachten über den Zusammenhang plötzlichen Todes mit einem früheren Blitzunfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 5. p. 141.
56. Derselbe, Unfälle am Telephon und ihre Verhütung. Berliner klin. Wochenschr. No. 37. p. 1688.
57. **Franck, Erwin**, Der „Weg zur Arbeit" und der „Betriebsgang". Ihre Abgrenzung und Bedeutung in der Unfallpraxis. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 5. p. 94.
58. **Frank, Paul**, Leichte Unfälle und Paralyse. Medizin. Klinik. No. 47. p. 1868.
59. **Frey**, Fall von Caissonkrankheit. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. p. 820. **(Sitzungsbericht.)**
60. **Friedrich, E. Paul**, Hörstörung nach Schalleinwirkung. Ein Kommentar zu der Arbeit „Untersuchungen über Hörstörungen bei Fussartilleristen" von Jaehne, diese Zeitschr. Bd. 62. p. 111—134. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. LXIII. H. 1—2. p. 171.
61. **Fuchs, Alfred**, Atrophie der linken Körperhälfte nach Schädeltrauma in der Jugend (zerebrale Hemiplegie mit höchstgradiger Atrophie). Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 1—2. p. 312.
62. **Gelma, E., et Stroehlin, G.**, Sclérose latérale amyotrophique et traumatisme. Gazette des hôpitaux. No. 34. p. 509.
63. **Glueck, Bernard**, Traumatic Psychoses and Post-traumatic Psychopathic States. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 13. p. 943.
64. **Godlee, Rickman J., and Williams, G. E. O.**, Notes on Some Victims of a Recent Railway Accident, with Special Reference to Cerebral Fat-Embolism. The Lancet. I. p. 1062.
65. **Gordon, A.**, Mental Disturbances Following Traumatism. Pennsylv. Med. Journ. June.
66. **Graessner**, Zur Röntgendiagnostik bei der Begutachtung von Unfallverletzten. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1890. **(Sitzungsbericht.)**
67. **Groc, E.**, Contribution à l'étude de l'apoplexie traumatique tardive. (Traumatische Spätapoplexie.) Thèse de Bordeaux.
68. **Grunewald, Julius**, Anpassung an Funktionsausfälle nach Unfallverletzungen. Arch. f. Orthop. Bd. X. H. 1.
69. Derselbe, Über Berufswechsel Unfallverletzter und Anpassungschulen. Ein Vorschlag. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 1. p. 1.
70. **Guinard**, Brûlures du crâne par l'électrocution. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 27. p. 995.
71. **Gumprecht**, Eine neue Theorie vom Mechanismus des Erhängungstodes. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLI. H. 1. p. 1.
72. **Haenel, H.**, Ueber traumatische Hysterie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 49. **(Sitzungsbericht.)**
73. **Halbey, Kurt**, Zur Kasuistik der zirkumskripten Hyperidrosis (mit Ageusie) auf traumatischer Basis (Läsion der Chorda tympani). Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 13. p. 587.
74. **Hammond, G. M.**, Traumatic Epilepsy and Traumatic Insanity. Amer. Journ. of Surgery. XXV. 90—93.
75. **Harms, Alfred**, Multiple Sklerose und Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel.
76. **Harris, Wilfred**, Traumatic Neurasthenia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 16.
77. **Hensgen**, Tabes dorsalis als Folge eines vor Jahren erlittenen Sturzes. Gutachten. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 3. p. 48.
78. **Hyermans, L., und Kooperberg, Ph.**, Betriebsunfälle und Berufskrankheiten. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. (1.) 754.
79. **Hill, L.**, Caisson Sickness and Compressed Air. Journ. Roy. Soc. Arts. LIX. 400—412.
80. **Hiller, A.**, Die Hitzschlag-Asphyxie und die dagegen erhobenen Einwände. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 9. p. 353—360.
81. **Hochhaus**, Über organische Hirnerkrankungen als Folge von Unfällen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 7. p. 189.
82. **Hoffmann**, Wassermannsche Reaktion und Rentenzahlung. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 17. p. 637.



83. **Hoffmann**, Ludwig, Radialislähmung nach Handverletzung als Unfallfolge anerkannt. Medizin. Klinik. No. 45. p. 1747.
84. **Hübler**, F., Unfallfolgen und traumatische Neurose bei einem Fall von traumatischer Conus-terminalis-Blutung. Clin. med. ital. I. 277—300.
85. **Imbert**, Léon, et **Vial**, F., Accidents du travail. La spondylite traumatique (maladie de Kümmel-Verneuil). La Presse médicale. No. 53. p. 561.
86. **Jaffé**, Alfons, Beitrag zur Begutachtung und Behandlung der traumatischen Neurosen. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 626—634.
87. **Jellinek**, S., Die sozialärztlichen Aufgaben der Elektropathologie. Der Amtsarzt. No. 2. p. 61.
88. Derselbe und **Reuter**, Fr., Moulage von Verletzungen durch elektrischen Starkstrom. Wiener klin. Wochenschr. p. 1685. **(Sitzungsbericht.)**
89. **Jolly**, Th., Selbstmord nach Unfall. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 15. p. 305.
90. **Kasemeyer**, Erich, Über posttraumatische Pachymeningitis unter dem Bilde der posttraumatischen Neurose und deren unfallgerichtliche Bedeutung. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Juli—Dez. p. 293. 339. 401.
91. **Kiernan**, Jas. G., Forensic Aspect of Fright Caused Traumatism. A Study of the Newmiller Case. The Alienist and Neurol. Vol. 32. No. 4. p. 642.
92. **Kirsch**, E., Kasuistischer Beitrag aus der Unfallpraxis. (Traumatische Hysterie.) Archiv f. Orthopädie. Bd. X. p. 126.
93. **Kleinschmidt**, Hans, Lymphosarkom der Bronchialdrüsen mit sekundärer Kompressionsmyelitis nach schwerem Brusttrauma. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 5. p. 129.
94. **Kleist**, Ueber Kommotionspsychosen nach Schädeltraumen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1697. **(Sitzungsbericht.)**
95. **König**, H., Zur Kasuistik der nach Blitzschlag auftretenden psychischen Störungen. Berl. klin. Wochenschr. No. 25. p. 1121.
96. **Krause**, K., Ueber Neurosen nach Blitzschlag. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 3. p. 255.
97. **Kurpjuweit**, Unfall und Entzündung der Gehirn- bezw. Rückenmarkhäute. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 21. p. 433.
98. **Kurthen**, Jakob Theodor, Ueber atypische Unfallpsychosen und ihre unfallrechtliche Bedeutung. Inaug.-Dissert. Bonn.
99. **Kutner**, Unfall und Schlaganfall. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. H. 4. p. 73.
100. **Landtau**, Heinrich, Ein Fall von Herpes zoster ophthalmicus nach Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel.
101. **Lannois**, L'oreille et les accidents du travail. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 321.
102. **Lapinsky**, M., Wenig bekannte Formen akuter Demenz nach Trauma. Neurol. Bote. (russ.) 18. 225.
103. **Laurent**, M. O., La névrose traumatique. Méd. d. accid. du travail. 1910. VIII. 340—346.
104. **Leppmann**, Die traumatischen Psychosen (und Neurosen) mit besonderer Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 22. p. 679.
105. **Lissauer**, Die Simulation bezw. Übertreibung von Bewegungsstörungen im Bereich der Wirbelsäule und Extremitäten. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1421.
106. **Lochte**, Th., Über die Bewegungs- und Handlungsfähigkeit schwerverletzter Personen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 15. p. 957.
107. **Lubinus**, Beiträge zum Kapitel der Unfallneurose. Archiv f. Orthopädie. Bd. X. p. 112.
108. **MacDonald**, A., Traumatic Hypnotism. American Medicine. Sept. VI. No. 9.
109. **Mancini**, P., Le nevrosi traumatiche dal punto di vista clinico e medicolegale. Med. nuova. 1910. I. 98. 155.
110. **Mangelsdorf**, Der Tod durch Elektrizität. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Nov./Dez. p. 433.
111. **Marcus**, C., Ratgeber zur Technik der Begutachtung Unfallverletzter. Mit besonderer Berücksichtigung der Verletzungen der Gliedmassen. Stuttgart. F. Encke.
112. **Marmetschke**, Geisteskrankheit und Unfall. Medizin. Klinik. No. 52. p. 2035.
113. **Merkel**, Hermann, Trauma und Meningitis. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 29—31. p. 1545. 1624. 1697.
114. **Meyer**, Arthur W., Ueber traumatische meningeale Spätblutungen. Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Medizin. u. Chir. Bd. 23. H. 5. p. 878.
115. **Meyer**, E., Der psychische Zustand frisch Verletzter. Berliner klin. Wochenschr. No. 19. p. 829.
116. Derselbe, Trauma und psychische Störungen. Neurol. Centralbl. p. 693. **(Sitzungsbericht.)**



117. Migliucci, C., Contributo allo studio della psico-nevrosi traumatica. Gior. internaz. d. sc. med. 1910. N. S. XXXII. 481—510.
118. Mohr, H., Coccygodynie (Steissbeinschmerz) als Unfallfolge. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 8. p. 250.
119. Mohr, R., Myelitis als Unfallfolge. Medizin. Klinik. No. 34. p. 1327.
120. Mondio, Guglielmo, La confusione mentale traumatica. Riv. ital. di neuropat. IV. 10—14.
121. Derselbe, Emianestesia totale e persistente, seguita a paralisi ed anestesia generali e transitoria e ad afasia transitoria (sindrome talamico-capsulare posteriore), in dipendenza di un'unica causa traumatica. ibidem. Vol. I. fasc. 12.
121a. Morselli, E., Le neurosi traumatiche. Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale.
122. Mott, F. W., The Relation of Head Injury to Nervous and Mental Disease. Brit. Med. Journal. II. p. 733. (Sitzungsbericht.)
123. Oliver, Thomas, The Pathology and Treatment of Injuries Caused by Electricity. The Lancet. I. p. 363.
124. Oppenheim, H., Gutachten, betreffend die Bedeutung eines Unfalls für die Entwicklung eines syphilogenen Nervenleidens. Medizin. Klinik. No. 16. p. 630.
125. Orth, Oscar, Ein Fall von Ruptur der Gallengänge, des linken Leberlappens vereint mit einer Commotio cerebri. Allg. Wiener. mediz. Zeitung. No. 20. p. 271.
126. Oudard, Accidents de décompression, relation d'autopsie. Arch. de méd. et pharmacie navale. XCVI. p. 63.
127. Pach, Heinrich, Begutachtung der progressiven Paralyse als Unfallsfolge. Wiener klin. Wochenschr. No. 32. p. 1162.
128. Palmer, F. S., Traumatic Neuroses and Psychoses. The Practitioner. June. p. 808.
129. Patry, E., Einige Betrachtungen über Lumbago vom Standpunkt der Unfallversicherung aus. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 22. p. 769.
130. Péraldi, La malaise du caisson et les difficultés qu'il entraine. Revue de méd. légale. No. 9.
131. Peyser, Alfred, Die gewerblichen Erkrankungen und Verletzungen des Gehörs bei den Industriearbeitern, mit besonderer Berücksichtigung der Schädigungen durch Betriebslärm. Archiv. f. soziale Medizin. Bd. VI. H. 2. p. 143.
132. Pickenbach, Peripheres Trauma und multiple Sklerose. Medizin. Klinik. No. 7.
133. Derselbe, Arteriosklerose in Beziehung zu einem Unfall. (Kasuistischer Beitrag.) Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 6. p. 116.
134. Pike, F. H., The Condition of the Spinal Vasomotor Paths in Spinal Shock. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 365. (Sitzungsbericht.)
135. Placzek, Simulation von Geistesstörung und Schwerhörigkeit. Medizin. Klinik. No. 30. p. 1176.
136. Derselbe, Rentenkampf und Unfallneurose. ibidem. No. 42. p. 1631.
137. Derselbe Katatonie nicht Folge eines psychischen Traumas. ibidem. No. 47. p. 1830.
138. Derselbe, Selbstmord, Geistesstörung, Unfall. ibidem. No. 49. p. 1910.
139. Derselbe, Aorteninsuffizienz und psychisches Trauma. ibidem. No. 53. p. 2057.
140. Procházka, Frt., Der Herzschlag in der Unfallversicherung. Wiener mediz. Blätter. No. 21. p. 241.
141. Quensel, Bergmannswohl, Unfallnervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft zu Schkeuditz (Bezirk Halle a. S.). Aerztliche Sachverst.-Zeitung. No. 10. p. 197.
142. Quénu, E., Brûlure des os du crâne par électrocution. Trépanation et greffe par glissement. Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. T. 37. No. 10. p. 366.
143. Derselbe, Brûlures du crâne et necrose des os du crâne par électrocution. Revue de Chirurgie. No. 6. p. 701.
144. Reinhard, Tod an Delirium tremens als Unfallfolge anerkannt. Medizin. Klinik. No. 40. p. 1558.
145. Derselbe, Ein Fall von Rentenkampfhysterie. Obergutachten. ibidem. No. 36. p. 1400.
146. Rhese, Die Verwertung otologischer Untersuchungsmethoden bei der Begutachtung Kopfverletzter. Medizin. Klinik. No. 7. p. 254.
147. Rigler, O., Tabes als Unfallfolge abgelehnt. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. H. 6. p. 123.
148. Derselbe, Die Bekämpfung der traumatischen Neurose auf dem Boden der Reichsversicherungsordnung. Therap. d. ärztl. Praxis. 1910. I. 360—371.
149. Rogers, A. W., Traumatic Neuroses. Wisconsin Med. Journ. Aug.
150. Roper, A. C., The Workmans Compensation Act and Traumatic Neurasthenia. Med. Mag. XX. 190—196.
151. Rosenberg, Maximilian, Über Delirium tremens nach Trauma. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 2. p. 217.



152. Rosenfeld, M., Die funktionellen Neurosen nach Trauma. Ergebn. d. inneren Medizin und Kinderheilk. Bd. VII. p. 22.
153. Rossi, S. C., Un caso de histero-traumatismo, desequilibrio mental y tóri-comania. Rev. méd. d'Uruguay. 1910. XIII. 420—425.
154. Rössle, Zwei Fälle von Gliom auf traumatischer Basis. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2530. **(Sitzungsbericht.)**
155. Rubin, J., Rentenzubilligung bei traumatischer Neurasthenie nach zwölfjährigem Simulationsverdacht. Medizin. Klinik. No. 37. p. 1437.
156. Rugani, Luigi, Contributo ai disturbi nervosi da detonazione. Boll. delle mal. del l'orecchio. No. 8. p. 176.
157. Derselbe, Contributo allo studio delle lesioni auricolari da folgore. Arch. ital. di Otologia. Vol. XXII. No. 5. p. 353.
158. Sachs, B., The Relative Frequency of Traumatic Neuroses in the United States and their Relation to the Employers Liabilities Act. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 546. **(Sitzungsbericht.)**
159. Salinger, Julius L., The Traumatic Neuroses. The Therapeutic Gazette. June. p. 395.
160. Schepelmann, Emil, Uber die Arbeitsfähigkeit nach Verlust beider Hände. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 3. p. 65.
161. Schichhold, Gerhard, Beitrag zur Lehre von der hysterischen Pseudoparese der Beine nach Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel.
162. Schilling, Rudolf, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Unfall. Inaug.-Dissert. 1910. Kiel.
163. Schultze, Otto H., Results of Post-Mortem Examinations in Cases of Cranial Injuries and Simulating Conditions. Medical Record. Vol. 80. p. 1104. **(Sitzungsbericht.)**
164. Schuster, Muskelatrophie nach Trauma. Neurolog. Centralbl. p. 164. **(Sitzungsbericht.)**
165. Schwechten, Stand der Tod eines 56 jährigen Mannes mit einem vor $25^1/_2$ Jahren erlittenen Eisenbahnunfalle in Zusammenhang? Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 15. p. 315.
166. Scott, S., Points of Otologic Interest in Connection with Injuries to the Head. Clinical Journal. Sept. 20.
167. Selig, Rudolf, Ein Fall von Spondylolisthesis traumatica. Monatschr. f. Unfallheilk. No. 12. p. 366.
168. Shutt, C. H., Heat Affections. Interstate Med. Journ. XVIII. 755—761.
169. Silberstein, Adolf, Lehrbuch der Unfallheilkunde. Berlin. Aug. Hirschwald.
170. Skierlo, Walter, Über Psychosen nach Trauma. Inaug.-Dissert. Königsberg.
171. Smith, C. F., Head Injuries. Railway Surg. Journ. XVII. 72—77.
172. Solomon, Meyer, An Obscure Case of Traumatic Subdural Hemorrhage Without Fracture. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 13. p. 956.
173. Spira, R., Einige Fälle von Ohrtrauma. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. p. 790. **(Sitzungsbericht.)**
174. Stertz, Atypische Bleilähmung durch ein Trauma ausgelöst. Neurol. Centralbl. p. 1148. **(Sitzungsbericht.)**
175. Stettner, Ernst, Über Caissonkrankheit. mit pathologisch-anatomischer Beschreibung eines Falles. Würzburg. C. Kabitzsch.
176. Stierlin, Eduard, Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Unter besonderer Berücksichtigung der Eisenbahnkatastrophe von Müllheim. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 44. p. 2028.
177. Stone, B. H., Pathology of Cranial Injuries. Vermont Med. Monthly. Jan.
178. Stursberg, H., Über die Häufigkeit der Unfallneurosen. Neurol. Centralbl. No. 16. p. 908.
179. Thomas et Mounier, J., Un cas de paralysie ischémique de Volkmann. Revue neurol. 2. S. p. 644. **(Sitzungsbericht.)**
180. Thost, Fall von Caissonkrankheit. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 222. **(Sitzungsbericht.)**
181. Vance, A. M., Head Injuries: Report of Cases. Louisville Monthly Journ. of Med. and Surg. Sept.
182. Vorschütz, Bedeutung der hyperästhetischen Zonen bei Schädel- und Gehirnverletzungen für die Unfallheilkunde. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. med. Wochenschr. p. 2205.
183. Vulpius, Eitrige Hirnhautentzündung nach Kniequetschung. — Tod als mittelbare Unfallfolge. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 8. p. 242.
184. Walker, E. A., Two Unusual Cases of Head Injury. Indian Med. Gazette. Sept. XLVI.
185. Walker, O. D., Traumatic Neuroses. Journ. of Kansas Med. Soc. Oct.
186. Warneck, Kurt, Zur Lehre von den nach Schädelbrüchen entstandenen Neurosen. Inaug.-Dissert. Kiel.

187. Warrington, W. B., The After Later Effects of Head Injuries. The Medical Chronicle. 4. S. Vol. XX. No. 5. p. 273.
188. Derselbe, Injury as an Etiological Factor in the Causation of Organic Nervous Disease. ibidem. April. 4. S. Vol. XXI. No. 1. p. 1.
189. Derselbe, Injury as an Etiological Factor in the Causation of Some Well-Defined Nervous Diseases. ibidem. 4. S. Vol. XXI. No. 3. June. p. 121.
190. Weiner, Selman, Beitrag zur Kenntnis und Kasuistik der Neurosen nach elektrischen Unfällen. Inaug.-Dissert. München.
191. Williams, Tom A., The More Certain Control of Traumatic Neurosis. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 119.
192. Willige, Hans, Ueber nervöse und psychische Störungen nach Blitzschlag. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 3. p. 1132.
193. Windscheid, Rente wegen Simulation abgelehnt. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. No. 7. p. 149.
193a. Wohlwill, Traumatische Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 47.
194. Zander, Paul, Epilepsie und Unfall. Mediz. Klinik. No. 18. p. 710.
195. Ziehen, Th., Organische Geisteskrankheiten und Unfälle. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. No. 10.
196. Derselbe, Über das Bild der sogen. Moral Insanity nach Hirnerschütterung bei Kindern. Jugendfürsorge. XI. 1910. H. 9.
197. Ziem, C., Injuries of the Head and Nasal Diseases. The Journal of Laryngology. N. S. XXVI. No. 3. p. 127.
198. Zillmer, Willy, Dämmerzustände nach Schädelverletzungen. Inaug.-Dissert. Berlin.
199. Zingerle, H., Bemerkungen über Unfall-Neurosen. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 9. p. 265.
200. Zipperling, Lues cerebri und Trauma. Neurol. Centralbl. No. 23. p. 1353.

Mit Rücksicht auf das Bestreben, Abänderungen der Unfallgesetzgebung zu treffen, die lediglich auf die Beeinflussung der Unfallneurosen gerichtet sind, erwecken Stursbergs statistische Ergebnisse besonderes Interesse. In Übereinstimmung mit Stiss und Merzbacher weist Stursberg nach, daß die Zahl der Neurosen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Unfälle überhaupt wie auch zu derjenigen der entschädigten Unfälle außerordentlich gering ist, und daß die Prognose der Unfallneurose, was auch aus anderen Arbeiten hervorgeht, keineswegs ungünstig ist. Weitere statistische Arbeiten könnten zur Klärung dieser Fragen beitragen. —

Es muß anerkannt werden, daß in den Arbeiten des verflossenen Jahres der oft recht problematische Zusammenhang zwischen Trauma und organischen Nervenerkrankungen, mit wenigen Ausnahmen, eingehender Kritik unterzogen wurde.

Mehrere Arbeiten behandeln die Störungen der Blutverteilung im Gehirn abhängig von Schädeltraumen. Dreyfus berichtet über tödliche traumatische Lähmung der Hirngefäße und Kopftraumen — schwerste zerebrale Herd- und Allgemeinsymptome nach geringfügiger Verletzung resp. Erschütterung eines in seiner Widerstandsfähigkeit erheblich geschädigten Gehirns. In solchen Fällen ist die Hirnpunktion äußerst gefährlich.

Artur Meyer stellt der traumatischen zerebralen die traumatische meningeale Spätapoplexie gegenüber.

Von verschiedenen Autoren wird darauf hingewiesen, daß nach elektrischen Unfällen und schweren Schädelverletzungen ein mehr oder minder langes Latenzstadium eintreten kann.

Mehrere Arbeiten sind den elektrischen Unfällen gewidmet. Die spezifischen Hautveränderungen und ihre Behandlung werden von Jellinek und Oliver besprochen. Beide Autoren erinnern an die Bedeutung stundenlanger Rettungsversuche.

Eine Reihe von Autoren bespricht die psychischen Störungen nach Kopftraumen. Von den meisten wird anerkannt, daß dieselben nichts Spezifisches haben. Von praktischer Bedeutung sind E. Meyers Beobachtungen,



die uns zeigen, wie viel häufiger psychische Abweichungen verschiedener Art bei frischen Verletzungen sind, als die oberflächliche Betrachtung und Untersuchung und das eigene Empfinden der Kranken erkennen läßt.

Allgemeines.

Schepelmann (160) zeigt an dem Beispiel eines 6jährigen Kindes, das ohne Hände geboren und trotzdem fast selbständig ist, was bei gutem Willen durch Übung und Gewöhnung zu erreichen ist. Bei handverletzten Versicherten haben leichte Verletzungen schwere Funktionsstörungen zur Folge.

In leichten Fällen bis zu etwa 20% Rente dürfte der erreichbare Grad der Anpassung nach 1—1½ Jahren erreicht sein, bei schwereren bis 40% nach ca. 2—3 Jahren, wenigstens bei Leuten bis zu 50 Jahren. **Grunewald** (68) empfiehlt Anpassungsschulen, in welchen Verletzte die für sie passenden Berufe kostenlos erlernen könnten.

Quensel (141) gibt eine kurze Übersicht über das erste Quartal des Betriebes der Anstalt Bergmannswohl, mit deren vortrefflichen Einrichtungen er uns bekannt macht. Der Plan zu der Anstalt war nach den Angaben Windscheids entworfen worden. Die Beurteilung der Unfallneurosen geschieht aufs sicherste in Spezialanstalten für Unfallnervenkranke. Bei verhältnismäßig frischen Fällen gestaltete sich die Anstalt zur Heilanstalt. Quensel tritt für rechtzeitige Unterbringung der Unfallkranken in betr. Anstalten ein.

Franck (57) erläutert vorerst den Begriff des einer Entschädigungspflicht nicht unterliegenden Weges zur Arbeit und gibt anschließend die nähere Definition des „im Auftrage" erfolgenden und demnach nicht betriebsfremden Betriebsganges. An einer Reihe von Entscheidungen des R.-V.-A. wird alsdann dargetan, wie vielfach beide Begriffe ineinander übergehen und es im einzelnen Falle eingehender Beweisaufnahme bedarf, um zu entscheiden, ob der Unfall noch auf dem Wege zur Arbeit oder bereits im Betriebe selbst zustande kam. Da die zur Entscheidung kommenden Fragen mehr juristischer als ärztlicher Natur sind, so dürfte die vorliegende Arbeit auch das meiste Interesse bei den Leitern von Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichtsdezernenten usw. beanspruchen, für diese jedoch insofern von besonderem Nutzen sein, als die Handlung, welche das R.-V.-A. in seiner Auffassung vollzog, in den Ausführungen Francks klar zutage tritt.

(*Autoreferat.*)

Funktionelle Krankheitszustände.

Beyer (11) schlägt vor, unfallverletzten Telephonistinnen, deren Neurose in ein stabiles Stadium gekommen ist, also längstens einige Monate nach dem Unfalle, eine Unfallrente von 75—100% im Laufe von 2 oder 3 Jahren zu gewähren, damit die Patientin sich während dieser Zeit zu einem neuen Beruf ausbilden kann. Die Unfallneurosen sind nach Verfasser nicht ausschließlich als eine Krankheit zu betrachten; sie sind z. g. T. ein Produkt äußerer Verhältnisse, die nicht auf ärztlichem Gebiet liegen.

Zur Feststellung einer Unfallneurose ist die kardiovaskuläre Übererregbarkeit von großer Wichtigkeit (Pulszahl im Liegen und Stehen, nach 10 Kniebeugen, Vagusphänomen beim Niederstrecken). Bei Schädelverletzungen ist das Gehörorgan einschließlich des Vestibularapparates zu prüfen. Ferner ist das Verhalten unmittelbar nach dem Unfall wichtig. **Erben** (48) schlägt vor, bei Arbeitsunfähigkeit über 50% eine höhere Rente, unter 50% eine kleinere Rente, als üblich, zu geben und dann erst nach 1—2 Jahren auf Besserung zu untersuchen. Die Therapie ist eine rein psychische.



Die Zahl der Neurosen nach Unfällen ist nach **Stursberg** (178) gering, sowohl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Unfälle, als auch zu derjenigen der entschädigten Unfälle. — Die Prognose ist keineswegs ungünstig.

Nach leichter Verletzung tritt schmerzhafte Versteifung des Ellbogens und Zittern des Armes auf. Exstirpation eines abgesprengten Knorpelstückes bringt zwar örtliche Besserung, aber es treten analoge Symptome im Schultergelenk auf. Im zweiten Falle **Kirsch**'s (92) tritt nach Brustkontusion Hämoptoe auf. Es entwickelt sich eine hochgradige hysterische Kontraktur der Bauchmuskulatur mit mächtiger Kyphose. Heilung durch Narkose.

Lubinus (107) weist an der Hand zweier Fälle auf die Schwierigkeit der Diagnose bei Wirbelsäulenverletzung hin. In einem Falle trat nach 12 Jahren Heilung der rein nervösen Beschwerden ein durch wesentlich psychische Behandlung. Im einem zweiten unklaren Falle nahm Lubinus entgegen dem Vorbegutachter nicht eine Neurose bzw. Simulation, sondern chronische Entzündungsprozesse in der Tiefe an.

Nach **Diller** (39) ist die Prognose der traumatischen Neurose in den meisten Fällen eine ungünstige; Diller hat jedoch auch günstigen Ausgang ohne Rentenabfindung beobachtet. Der Verlauf ist immer ein äußerst langsamer, erstreckt sich auf Monate resp. Jahre.

Zingerle (199) weist auf das enorm häufige Auftreten der traumatischen Neurose nach Eisenbahnunfällen hin. In Deutschland kamen auf 100 Eisenbahnbedienstete durchschnittlich 20 Fälle von traumatischer Neurose. Die zunehmende Häufigkeit nervöser Erkrankungen und die ungünstigeren Heilungsresultate gehen parallel mit dem Inkrafttreten der Unf.-V. Verf. macht auf einige Mißstände aufmerksam: die Maßlosigkeit der Ansprüche und die allzu bereitwillige Unterstützung seitens einiger Ärzte und Rechtsanwälte. Die Verletzten sollten möglichst frühzeitig wieder beschäftigt werden. Es müßte eine Arbeitsvermittlung für Unfallkranke geschaffen werden, welche von den staatlichen Unfallversicherungsanstalten zu leiten wäre.

Jaffé (86) sah bei einer Reihe von schweren Fällen von traumatischer Neurose günstige Erfolge dank der Behandlung mittels Nervenmassage. Dieser Behandlungsmethode der traumatischen Neurose gebühre der Vorzug vor anderen Methoden.

Boldt (18) konstatierte bei einem Schüler eine schwere traumatische Hysterie, die er nur indirekt auf die Züchtigung durch den Lehrer zurückführt. Diese Züchtigung wird nicht als vorsätzliche Körperverletzung aufgefaßt. Auf Grund dieses Gutachtens sind sowohl das strafrechtliche Verfahren gegen den Lehrer, als auch die zivilrechtlichen Forderungen abgewiesen worden.

Schlußfolgerungen **Morsellis** (121a): Von der Gruppe der Neurosen sind alle Nervenkrankheiten mit einer anatomischen Basis auszuschließen.

Man soll die traumatischen Neurosen als solche von denen trennen, die sich bei Patienten abspielen, die Anspruch auf Entschädigungsgeld erheben können.

Bei Pat., die einen Unfall erlitten und das Bild einer Neuropsychose aufweisen, besteht meistens eine Prädisposition psychologischer Natur.

Die Diagnose der traumatischen Neurosen soll sich besonders auf die objektiven Erscheinungen stützen.

Zwei psychische Elemente, nämlich Suggestion und Simulierung, beeinflussen die Entwicklung, die Symptomatologie und den Verlauf der traumatischen Neurosen.

Die traumatische Neurose kann unter fünf Hauptformen auftreten: traumatische Neurose Typus Oppenheim; neurasthenische Varietät; hysterische Varietät; hypochondrische Varietät; paranoide oder querulante Varietät.

•Die Simulierung der traumatischen Neurosen schwankt zwischen dem einfachen Vorzeigen und der Übertreibung der körperlichen und psychischen Störungen und einer vollständigen Simulation derselben.

Die traumatische Neurose ist, selbst bei den Berufsarten, die Unfällen ausgesetzt sind, und bei denen Anspruch auf Entschädigungsgeld erhoben werden kann, selten.

Die Prognose der reinen traumatischen Neurosen ist in 90—95% der Fälle günstig.

In den Fällen von traumatischen Neurosen, welche nicht heilen, ist die Existenz von wahren und echten anatomischen Läsionen des Nervensystems und besonders der Zentren anzunehmen.

Die reine traumatische Neurose ist als das Produkt einer doppelten Obsession, derjenigen des Schadens und derjenigen der Entschädigung, zu betrachten.

Die Behandlung der traumatischen Neurosen muß im wesentlichen eine moralische sein. (*Audenino.*)

Bibergeil (13) fand bei einem Manne, der eine leichtere Verletzung des unteren Drittels des rechten Radius erlitten hatte und an Steifigkeit und Unbeweglichkeit der Fingergelenke litt, zweifellos eine „trophoneurotische reflektorische“ Sudecksche Knochenatrophie neben einer allgemeinen schweren traumatischen Neurose, die die Zwangshaltung der rechten Hand veranlaßte. (*Bendix.*)

Der Fall **Rubin**'s (155), bei dem es sich um eine traumatische Neurasthenie handelte, die lange Jahre den Verdacht der Simulation erregt hatte, ist bemerkenswert wegen der Widersprüche der Gutachter und weniger der funktionellen Störungen, die nach einer Verletzung der Damm- und Schamgegend auftraten. (*Bendix.*)

Reinhard (145) kam in einem Obergutachten über einen Ziegelmeister, der drei kleine Unfälle (zwei Nagelverletzungen und eine Kopfwunde) erlitten hatte und an einem funktionellen Nervenleiden litt, zu dem Resultat, daß es sich weniger um eine traumatische Hysterie als Folge der Unfälle handle, als um eine ausgesprochene Rentenkampfhysterie, die psychischen, aber nicht traumatischen Ursprungs sei. (*Bendix.*)

Placzek (135) berichtet über die Entlarvung eines Geisteskrankheit und Taubheit vortäuschenden Unfallkranken in einer geschlossenen Anstalt. Der Unfall war durch Fall in einen $2^1/_2$ m tiefen Keller zustande gekommen mit Bewußtlosigkeit und Kopfwunde. Er betraf einen Potator. (*Bendix.*)

In einem Fall von „Unfallneurose“ führte **Placzek** (136) aus, daß die Neurose nicht mit dem geringfügigen Unfall zusammenhänge, sondern mit seinem Rentenkampf und einem alten Leiden, dessentwegen er Invaliditätsrente bezieht. (*Bendix.*)

Bei einem Fall von Katatonie nach Unfall lehnte **Placzek** (137) den Zusammenhang mit einem Unfall ab und führt sie auf frühere Hysterie, die sich unbeeinflußt von dem Eisenbahnunfall verschlimmert habe, zurück. (*Bendix.*)

Bei einem Falle von Selbstmord nach einem an sich nicht erheblichen Unfall eines Maurers nahm **Placzek** (138) einen Zusammenhang des Unfalls mit der wahrscheinlichen Melancholie an, die kurz nach dem Unfall beobachtet sein soll. (*Bendix.*)

Auch bei einem Fall von Aorteninsuffizienz nach psychischem Trauma (Überfall durch Einbrecher) nahm **Placzek** (139) einen ursächlichen Zusammenhang des Herzleidens mit dem psychischen Trauma an, trotzdem der 52 jährige Mann wahrscheinlich Lues gehabt hatte (positive Wassermannsche Reaktion). (*Bendix.*)



Schwechten (165) hatte die Frage zu entscheiden, ob der Tod eines 56 jährigen Mannes, der im 30. Jahre einen Unfall, Stoß in die rechte Seite von einem Eisenbahnwagen, erlitten hatte und an Unfallhysterie litt, mit dem Unfall in Zusammenhang stand. Da es sich um eine akut fieberhafte Krankheit mit rheumatischen Gelenkschwellungen handelte, so mußte ein Zusammenhang mit dem früheren Unfall ausgeschlossen werden. (*Bendix.*)

In dem Fall von **Zander** (194) mußte der Zusammenhang eines Unfalls mit später auftretender Epilepsie abgelehnt werden, da der ursprüngliche Unfall (Lendenwirbelquetschung und Quetschung der großen Zehe) nur leichter Art war und übermäßiges Potatorium sowie luesverdächtige Anzeichen nachweisbar waren, auf die die Epilepsie zurückgeführt wurde. (*Bendix.*)

Zwei Beobachtungen **Rugani**'s (156) über Othopathiker. Es handelte sich um prädisponierte Individuen. (*Audenino.*)

Bolten (19) beschreibt zwei Fälle von Schreckneurose resp. durch Blitzschlag auf einen Telephonleitungsdraht, während der Kranke das Telephon benutzte, und durch Berührung eines Hochspannungskabels, der aber im Augenblicke des Unfalls keinen Strom führte. (*Stärcke.*)

Diabetes.

Der Zeitraum zwischen Unfall und dem ersten Auftreten der diabetischen Erscheinungen darf nach **Erfurth** (49) nicht mehr als zwei Jahre übersteigen, und es dürfen während dieser Zeit keine anderen, die Entstehung des Diabetes veranlassenden Ursachen vorhanden sein.

Elektrizität, Blitz.

Foerster's (55) Patient, der mit 42 Jahren durch einen Blitz weggeschleudert und besinnungslos wurde, starb fünf Jahre später plötzlich beim Beginn eines Gewitters. Der Tod stand nahezu mit Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem früheren Unfalle, da seit dem Unfall bei Gewittern deutliche nervöse Erregungszustände mit lebhafter Beteiligung des vasomotorischen Systems bestanden und zur Zeit des Todes ein organisches Herzleiden vorlag.

Ein rein zufälliges, zeitliches Zusammentreffen konnte nicht ausgeschlossen werden. (*Autoreferat.*)

Die meisten Schädigungen entstehen nach **Foerster** (56) durch die sog. Knackgeräusche, z. B. infolge raschen Kurbeldrehens. Neben dem rein akustischen Effekt spielen aber hierbei unzweifelhaft psychische Momente eine große Rolle. Durch Benutzung eines Hörers, dessen Membran hauptsächlich aus Glimmer und nur in der Mitte aus einer kleinen magnetischen Eisenplatte besteht, können die Hörgeräusche beseitigt werden.

Bischoff (15) konnte in seinem Fall von Starkstromverletzung folgende nervöse Restitutionsskala aufstellen: 1. Vegetative Funktionen: Zirkulation, Respiration; 2. einfache Reflexe: PR.; 3. sensible Reflexe: Schmerz- und Lichtreaktion; 4. komplizierte Reflexe: Babinski, Oppenheim; 5. Zweck- und Zielbewegungen: Aufrichten und Greifen; 6. reflektorisch ausgelöste Zweck- und Zielhandlungen: Wassertrinken aus dem vorgehaltenen Glase. An die nervöse schließt sich die psychische Restitutionsskala an: 7. Auffassung; 8. Merkfähigkeit; 9. Totalerinnerung. Während der Ausgleich der Störungen auf vegetativem und nervösem Gebiete nur Sekunden bis Stunden in Anspruch nahm, dauert der Ausgleich der psychischen Störungen Stunden, Tage, Wochen und Monate.



König (95) berichtet über einen Fall von schwerer hysterischer Psychose mit Zwangshalluzinationen nach Blitzschlag bei einer in psycho-physiologischer Beziehung nicht ganz intakten Person.

Krause (96) zeigt an der Hand einiger Beispiele, wie unberechenbar variabel die Folgezustände der Blitzentladung sich gestalten können. Nach sehr schweren direkten Erscheinungen trat völlige Erholung ein, nach weniger schweren langdauernde nervöse Krankheitserscheinungen. Verf. nimmt eine spezifische Wirkung der elektrischen Entladung auf die funktionstragende Nervensubstanz bzw. die Gefäße an; die Verschiedenheit der Reaktion hängt von der individuellen Disposition ab. Bei zwei bereits vorher nervösen Individuen hatten sich die früheren nervösen Erscheinungen infolge der Blitzwirkung sogar gebessert, resp. aufgehört.

Oliver (123) bespricht die Hautverletzungen bei elektrischen Unfällen, die auch dann auftreten können, wenn die Kleidungsstücke unversehrt bleiben. Die Hautverletzungen, resp. Gangrän können selbst einige Tage nach dem Unfall zum Vorschein kommen. Rezidive sind auch nach mehreren Wochen beobachtet worden. In einem mikroskopisch untersuchten Falle fanden sich Hämorrhagien in der weißen Substanz der Rinde und in der Med. obl.; dortselbst waren auch beträchtliche Zellveränderungen nachweisbar.

Willige (192) teilt seine Fälle ein in solche von echter, unmittelbarer und mittelbarer Schädigung durch Blitzschlag. Die klinischen Erscheinungen bilden eine, allerdings wohl charakterisierte Untergruppe der Elektropathologie. Das Gemeinsame der Krankheitsbilder nach mittelbarer und unmittelbarer Blitzeinwirkung besteht darin, daß es sich bei beiden Kategorien um Erkrankungen des Nervensystems handelt, und daß diese Erkrankungen meist eine Ausdehnung von organischen Läsionen (besonders der Hirnnerven) und funktionellen Störungen darstellen. Der Unterschied besteht darin, daß bei den unmittelbaren Blitzschädigungen die organischen und bei den mittelbaren die funktionellen Erscheinungen im Vordergrunde stehen, und daß die Prognose bei den ersteren günstiger ist. Im einzelnen findet sich eine Reihe von Übereinstimmungen und Unterschieden, auf die Verf. eingeht. Die Tatsache, daß bei den mittelbaren Blitzschädigungen auch organisch bedingte Symptome, und zwar ganz ähnlich multiple, wie bei den unmittelbaren, beobachtet werden, spricht dafür, daß wir als anatomisches Substrat ähnliche mikroskopische Veränderungen erwarten dürfen, wie bei den unmittelbaren Blitzverletzungen.

Jellinek (87) behandelt in einer kurzen, lehrreichen Abhandlung die Gesundheitsschädigungen durch den elektrischen Strom und gibt Anleitungen zu ihrer Vermeidung. Verf. erwähnt vor allem die sog. äußeren und individuellen Unfallbedingungen, von deren Zusammentreffen der Charakter eines elektrischen Unfalls abhängt. Besondere Beachtung verdienen die spezifischen elektrischen Hautveränderungen, die oft erst zwei bis drei Wochen später in Erscheinung treten und konservativ zu behandeln sind. Zwischen elektrischem Trauma und Tod kann eine Phase scheinbarer Unversehrtheit vorhanden sein. Außerordentlich wichtig ist eine kunstgerechte und zeitgemäße erste Hilfeleistung, die manchmal zwei bis drei Stunden ununterbrochen fortgesetzt werden muß. Verf. tritt ein für eine einheitliche Statistik der elektrischen Unfälle, für weitgehende Verteilung von volkstümlich gehaltenen Abhandlungen über den Umgang mit elektrischen Einrichtungen, für eine Ausarbeitung von Rettungsvorschriften und schließlich für einen methodischen Unterricht. Für das Studium aller Fragen und für die praktische Nutzanwendung der Forschungsergebnisse wäre eine zentrale Arbeitsstätte zu schaffen.



Mangelsdorf (110) liefert einen lehrreichen Beitrag für die Wirkung der Elektrizität auf den menschlichen Körper. Die Arbeit beginnt mit einleitenden physikalisch-technischen bzw. physiologischen Erwägungen. Für die Bearbeitung forensischer Fälle ist es wichtig, zu wissen, daß schon Spannungen unter 100 Volt, in einem Fall sogar 65 Volt tödlich wirkten, andererseits aber 5500 Volt, sogar 6000 Volt Spannung ohne erhebliche Schädigungen vertragen wurden. Der Blitz ist nur quantitativ verschieden von der technischen Elektrizität aufzufassen. Zwischen elektrischer Gewalteinwirkung und dem Tode können Momente klaren Bewußtseins bestehen. — Die Befunde an den inneren Organen sind negativ, besonders wo der Tod blitzartig erfolgte. Die von Jellinek gefundenen Veränderungen im Zentralnervensystem harren noch weiterer Befunde. Wenn auch durch sie die letzten Ursachen des Todes durch Elektrizität näher aufgeklärt sind, so bleibt doch die primäre Ursache, das eigentliche Wesen das Todes durch Elektrizität noch ein Geheimnis. Praktisch wichtig ist die Tatsache, daß in vielen Fällen die Hemmung bzw. Ausschaltung der lebenswichtigen Funktionen durch den elektrischen Strom keine definitive ist und dann Wiederbelebungsversuche bei Totgeglaubten von dauerndem Erfolg begleitet waren. Für die Bewertung ist beim Fehlen jeglicher Spuren elektrischer Gewalteinwirkung an der Körperoberfläche der Befund an den Kleidungsstücken und sonstigen Gegenständen, welche der Verunglückte bei sich getragen, der Zustand des elektrischen Materials, sowie die Örtlichkeit der Unfallstätte und anderweitige äußere Umstände von Bedeutung. — Der Begriff „Unfall beim Betriebe" ist in der Starkstrompraxis möglichst weit zu fassen, da die Wirkungsweise des elektrischen Stromes noch nicht völlig erforscht ist und das elektrische Trauma physikalisch und klinisch noch eine Sonderstellung in der Traumatologie einnimmt.

Caissonkrankheit.

Stettner (175) berichtet mit ausführlicher Literaturangabe über einen Fall von Caissonkrankheit mit pathologisch-anatomischer Beschreibung. Im Gehirn ließen sich keine Veränderungen nachweisen. In den unteren Partien des Dorsalmarkes war die absteigende PyS-Bahn ergriffen, während in der oberen Hälfte des DM. die aufsteigenden Bahnen am intensivsten erkrankt waren. Das Überwiegen der Beteiligung des unteren Dorsalabschnittes erklärt Verf. im Sinne der Edingerschen Aufbrauchstheorie.

Psychische Störungen.

Die Krankheit reiht sich den sekundären Astheno-Manien von Tavesteis an, bei denen auf ein vorübergehendes Stadium der Asthenie ein hypersthenisches oder manisches Stadium folgt. Im Verlauf desselben kann es nach **Benon** (9) zu einem manisch-depressiven Irresein kommen.

Ziehen (195) bespricht das Krankheitsbild der Dementia traumatica. Trotz der Ähnlichkeit in vielen Fällen mit der P. pr. läßt sie sich deutlich abgrenzen. Der sittliche Defekt ist weniger ausgeprägt, desgleichen der Gedächtnisdefekt. Der geistige Verfall ist meist längere Zeit progressiv, schließlich kommt es jedoch zu einem Stillstande der Krankheit. In anderen Fällen tritt ein enormer Merkdefekt zutage, Unorientiertheit und Konfabulation — das Korsakoffsche Syndrom. Nach Wochen oder Monaten treten die drei Hauptsymptome zurück und die einfache traumatische Demenz bleibt übrig. Für den Zusammenhang zwischen Trauma und Paralysis progr. müssen folgende Bedingungen vorhanden sein: 1. Fehlen paralytischer Symptome vor Eintritt des Traumas. 2. Der Unfall muß mit dem einen



oder anderen Kommotionssymptom verbunden gewesen sein. 3. Die ersten paralytischen Symptome müssen spätestens $^1/_2$ Jahr nach dem Unfall aufgetreten sein. 4. Andere erhebliche Hilfsursachen, abgesehen von der syphilitischen Infektion, müssen ausgeschlossen sein. Auch bei der Dem. arteriosclerotica spielt das Trauma nicht selten eine Rolle.

Pach (127) bringt zwei Gutachten. In einem Falle wurde die progressive Paralyse als Unfallfolge angesehen, im zweiten als solche abgelehnt.

Wohlwill (193a) konnte an seinem eigenen Material keinen Einfluß von Kopfverletzungen auf den Verlauf der Paralyse konstatieren. Kein Fall war durch ein Trauma bedingt. Nur in Ausnahmefällen ließ sich nachweisen, daß eine Paralyse durch eine Kopfverletzung ausgelöst wurde.

Glueck (63) weist an seinen Fällen den deletären Einfluß der Kopftraumen auf den Intellekt der Betroffenen nach. Typische Symptome für traumatische Psychosen gibt es nicht, nur die Anamnese gibt Aufschluß. Auch sog. endogene Psychosen können nach Kopftrauma entstehen. Prognose ist zweifelhaft, wo im Beginn Delirien oder Verwirrtheit bestehen, bei den endogenen Psychosen ähnlichen Fällen ist sie schlecht.

Jolly (89) nahm in seinem Falle eine durch den Unfall und seine Folgen veranlaßte, allmählich entstandene Geistesstörung an, in der der Selbstmord begangen wurde, während nach der Beweisführung des R.-V.-A. freie Willensbestimmung vorhanden war, da der Selbstmord in ruhiger Überlegung gereift war. Verf. weist darauf hin, daß es sich bei Selbstmördern meist nicht um Verstandesstörungen, sondern um pathologischen depressiven Affekt handelt, der vom Laien oft nur dann als krankhaft angesehen wird, wenn er sehr ausgeprägt ist.

Im Anschluß an einen Sensenschnitt im rechten Unterschenkel entwickelte sich bei der 18jährigen psychisch belasteten Patientin eine stark katatonisch gefärbte Psychose, die 5 und 11 Jahre nach dem Unfall zu Exazerbationen führte, welche monatelang anhielten. In der Zwischenzeit Besserung, zurzeit bestehen depressive Stimmung, Unvermögen auf intellektuellem Gebiet, krankhaft geschwächte Willenskraft, nervöse körperliche Schwäche und hypochondrische Vorstellungen, die ihren Ausgangspunkt in den Nachwirkungen der Beinverletzung haben. Genesung hält **Schilling** (162) für ausgeschlossen.

Stierlin's (176) Beobachtungen lehren, daß heftiger Schreck in Verbindung mit körperlichen und seelischen Insulten psychische und nervöse Störungen bedingt: 1. Akute, in einigen Tagen ablaufende Schreckpsychosen vom Charakter hysterischer und epileptischer Dämmerzustände, von chronischem Verlauf, die an Erschöpfungspsychosen und Korsakoff erinnerten. 2. Bei einer größeren Zahl wurde in der ersten Zeit nach der Katastrophe ein vorwiegend vasomotorischer Symptomenkomplex nachgewiesen. Schlafstörungen, erhöhte Frequenz und Labilität des Pulses, Steigerung der PR.; Dermographie, Schwitzen, Gefühl aufsteigender Hitze, kühle Extremitäten. Kephalgie, Vertigo, Abasie, Tremor. Stimmung oft heiter. Diese Störungen klangen ab, oder es entwickelten sich eigentliche Neurosen. Verf. berichtet u. a. über ein 4jähriges Kind, das bereits 4 Tage nach dem Unfalle das seelische Gleichgewicht wiedergewonnen hatte, was für die Elastizität der kindlichen Psyche gegen stärkste Insulte spricht.

Rosenberg (151) konnte in seinem Falle einen kontinuierlichen Übergang des physiologischen, dem Trauma entstammenden Angstaffektes, in den typischen pathologischen initialen und später begleitenden Angstaffekt des Delirs feststellen. Verf. nimmt daher einen Zusammenhang zwischen Delirium tremens und Trauma in seinem Falle an. Von entscheidender Bedeutung



ist die Art des Traumas. Lungen- resp. Thorax- und Schädeltraumen (die Lunge figuriert als Ausscheidungsorgan des hypothetischen Stoffwechselgiftes, der Schädel als Träger des Gehirns) kommt erhöhte Bedeutung zu.

Meyer (115) hat in den letzten 2 Jahren bei 37 frisch Verletzten regelmäßige psychische Untersuchungen angestellt. Die Untersuchung wurde vorgenommen mit Hilfe von Orientierungs- und Rechenbogen nach dem Sommerschen Schema, die Merkfähigkeit und, soweit angängig, auch die Assoziation untersucht und schließlich eine allgemeine psychiatrische Exploration vorgenommen.

Bei 25 ließen sich psychische Abweichungen, und zwar bei 5 schwerere, feststellen. Die örtliche Orientierung war seltener gestört als die zeitliche. Die Merkfähigkeit war für längere Zeit herabgesetzt als die Orientierung. Neigung zur Perseveration wurde beobachtet. Auffallend war der Mangel an Krankheitsgefühl. In den schwereren Fällen war der Korsakoffsche Symptomenkomplex ausgeprägt. Diese traumatisch bedingten psychischen Störungen haben nichts Spezifisches. Ob eine schwerere psychische Erkrankung sich herausbilden wird oder nicht, ist nicht sicher zu entscheiden. Verf.s Beobachtungen lehren also, daß psychische Abweichungen bei frischen Verletzungen recht häufig sind, was für die Begutachtung von großer Bedeutung ist.

Leppmann (104) beschäftigt sich mit den zivil- und strafrechtlichen Folgen der durch Traumen hervorgerufenen Neurosen und Psychosen. Als eine sehr häufige Folge von Unfällen bezeichnet er die primäre traumatische Demenz, die akute Verblödung und dann die primären Dämmerzustände nach Traumen. Weniger häufig sind echte Psychosen und progressive Paralyse mit einem Trauma in kausalen Zusammenhang zu bringen. Am häufigsten hat man es mit der sogenannten traumatischen Neurose zu tun, deren Mehrzahl aber prädisponierte Individuen sind, und bei denen sich oft genug deutliche Degenerationszeichen nachweisen lassen. (*Bendix.*)

Hochhaus (81) gibt eine kurze Übersicht der organischen Hirnkrankheiten, die sich im Anschluß an einen Unfall entwickeln können. Hochhaus betont aber, daß bei Beurteilung jedes Falles die schärfste Kritik gehandhabt werden müsse und in zweifelhaften Fällen besser ein non liquet auszusprechen sei. (*Bendix.*)

Reinhard (144) bejahrte den Zusammenhang des durch Delirium tremens erfolgten Todes eines Heizers, der sich am Auge verletzt hatte, Kurz nach der Verletzung war Störung des Bewußtseins, Fieber, Unruhe, Tobsucht aufgetreten. Es handelte sich um einen Gewohnheitstrinker, bei dem aber erst die Augenverletzung das Delirium tremens, das zum Tode führte, verursacht hatte. (*Bendix.*)

Marmetschke (112) bejahte den Zusammenhang des Todes (Selbstmord) eines Maurers mit einem drei Jahre vorher erlittenen Unfall, der als Gehirnerschütterung und Schädelbasisbruch aufgefaßt worden war. Bei der Obduktion wurden Verwachsungen der harten Hirnhaut mit dem Schädelknochen gefunden, auch Verdickungen der weichen Hirnhaut. Seit dem Unfall hatte der Kranke stets an Kopfschmerz, Schwindel und geistigen Defekten gelitten. Potator war er nicht gewesen. (*Bendix.*)

Frank (58) stellt anläßlich eines Falles von progressiver Paralyse nach einem leichten Unfall fest, daß meist kleine Unfälle, die auch während der Krankheit vorkommen, gar keinen Einfluß auf die Entstehung einer Paralyse haben und auch zu keiner Verschlimmerung führen. In dem zu begutachtenden Falle bestand die Paralyse anscheinend schon längere Zeit vor dem Unfall. (*Bendix.*)



Ascher (3) berichtet über einen Maurer, der nach einem Verweise seines Poliers Selbstmord begangen hatte. Angeblich sollte Sonnenstich bei dem infolge einer früheren im Beruf aufgetretenen Kopfverletzung seit Jahren nervenschwachen Manne den Anstoß zum Suizid gegeben haben. Die Entschädigungsansprüche wurden abgelehnt, weil die Möglichkeit eines Sonnenstichs zwar nicht bestritten werden konnte, der Wahrscheinlichkeitsbeweis aber nicht hinreichend erbracht werden konnte. (*Bendix.*)

Periphere Nervenaffektionen.

Durch Fall auf das Gesäß entstehen nach **Mohr** (118) häufig Verletzungen am Standapparat oder den Wirbeln des Steißbeines, die erhebliche Beschwerden machen. Schwierigkeit macht die Feststellung der Unfallfolge, da Erkrankungen der weiblichen Genitalien oder Hysterie gleiche Erscheinungen machen können. Exstirpation des Steißbeines bringt nicht immer Heilung.

Landtau (100) berichtet über einen Patienten, bei dem sich im Anschluß an einen Stoß gegen das Auge ein Herpes zoster ophth. entwickelte. Landtau nimmt an, daß auch im Anschluß an leichte Traumen ein Herpes zoster ophth. sich entwickeln könne.

Die Hyperhidrosis entsprach dem Ausbreitungsgebiet des zweiten Astes des Fazialis, die Ageusie im vorderen Zungenteile lag im Gebiete der Chorda tympani. **Halbey** (73) nimmt an, daß diese Erscheinungen durch eine Steißfraktur und vielleicht auch durch die sich an diese anschließende Mittelohreiterung entstanden sei, welche eine Verletzung der Chorda tympani bedingt haben.

Hoffmann (83) berichtet über einen Fall von Radialislähmung links, die vier Wochen nach einer Stichverletzung in die Streckseite des linken Oberarms, durch übermäßige Anspannung und Zerrung des linken Armes, respektive der Hand, die in eine Maschine geraten war, zustande gekommen war. Hoffmann nahm an, daß durch die Narbe der Stichwunde die Elastizität des Muskels gelitten hatte und der mit der Narbe verwachsene Nerv bei der starken Anspannung stark gezerrt worden war. (*Bendix.*)

Fischer (54) berichtet über einen Fall von Unfallverletzung durch einen lebhaften Traum, bei einem Manne, der im Schlafe den Nagel seiner rechten Großzehe durch eine stoßende Bewegung losgerissen hatte. Der Fall wird wegen seiner relativen Seltenheit mitgeteilt. (*Bendix.*)

Muskelerkrankungen.

Brasch (22) nimmt in seinem Falle mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit einen kausalen Zusammenhang an zwischen dem Unfall und dem zeitlich mit demselben zusammenhängenden Beginn der Muskeldystrophie und Myotonie und stützt sich dabei auf analoge Fälle aus der Literatur.

Es gibt Fälle von traumatischem Lumbago und von auf Krankheit beruhendem Lumbago; manche Fälle bleiben ätiologisch unklar. Hier muß nach **Patry** (129) geachtet werden: auf das Verweilen des Schmerzes an derselben Stelle, auf sofortiges Unterbrechen der Arbeit nach dem Unfall, auf das Gewicht der zu hebenden Last, auf die Wirkung der Salizylpräparate, die Dauer der Arbeitsunmöglichkeit, Alter des Betroffenen und einseitigen Sitz des Schmerzes.

Ascher's (2) Patient, ein Schmied, erlitt eine Quetschung der linken Hand, nach 4 Wochen bestand eine deutliche Atrophie der linken Unterarmmuskulatur. Der Verletzte hatte schon vor dem Unfall an progressiver Muskelatrophie gelitten. Bis zum Unfall hatte er noch gearbeitet. Erst nach



mehrwöchentlicher Schonung fiel dem Verletzten die Schwäche der linken Hand auf. Der Zusammenhang mit dem Unfall wurde abgelehnt. Der Verletzte legte gegen diesen Bescheid keine Berufung ein.

Hirnhautentzündung.

Das Wesentliche des Falles ist in der Überschrift angedeutet. Die Kette der Erscheinungen und pathologischen Veränderungen vom Unfall bis zum Tode, der nach sieben Jahren erfolgte, war lückenlos geschlossen: Trauma — Pachymeningitis, Rindenerweichungsherd — Epilepsie, Koma — Aspirationspneumonie — Exitus. **Kasemeyer** (90) bringt eine zusammenhängende Übersicht der Literatur über Pachymeningitis traumatischer und idiopathischer Genese.

Kurpjuweit (97) weist an der Hand zweier Fälle auf die Bedeutung der Obduktion nach tödlichen Unfällen hin, erst durch die Sektion wurde in dem einen Fall die chronische Meningitis als Unfallfolge sichergestellt, im anderen die chronische Entzündung der Rückenmarkshäute als unabhängig vom Unfall erkannt.

Die Kniequetschung erzeugte eine Bursitis praepatellaris, der Schleimhautbeutel vereiterte und fistelte lange. Nach den ersten Gehversuchen bei nicht geschlossener Wunde, $^3/_4$ Jahr nach dem Unfall, eitrige Meningitis — Exitus. **Vulpius** (183) sprach sich für den Zusammenhang mit dem Unfall aus.

In **Bruch**'s (25) Fall handelte es sich um eine einfache seröse Meningitis resp. Enzephalitis bei einem bis dahin gesunden Mann, der kurz vorher einen echten Nervenchok schwerster Art erlitten hatte. Die Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Verf. läßt es unentschieden, ob das sensugene Trauma direkt die Entzündungen durch nervöse Beeinflussung der Blutgefäße und dadurch veränderte Blutzufuhr zum Gehirn verursacht hat, oder, falls eine Disposition zu diesen Krankheiten bestanden habe, diese nun durch vasomotorische Einflüsse zur Erscheinung gebracht worden sei. Verf. nahm mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit an, daß der Tod eine Folge des psychischen Traumas sei. Die Berufsgenossenschaft erkannte die Zahlung der Hinterbliebenenrente an.

Fankhauser (51) bemerkt zu der Mitteilung von Carl Bruch, daß bei dem Fall differential-diagnostisch die progressive Paralyse nicht außer acht zu lassen sei, da sowohl pathologisch-anatomisch, als auch klinisch manches dafür spreche. (*Bendix.*)

Merkel (113) vertritt den Standpunkt, daß Bergmanns Satz, „eine traumatische suppurative Meningitis bei undurchtrennten Weichteilen und geschlossenem Schädel gibt es nicht", in dieser allgemeinen Fassung keine Geltung mehr hat; auch unerhebliche Abschürfungen, Blutergüsse in die Weichteile ohne Fissur oder Fraktur der Schädelknochen können eine tödliche Meningitis zur Folge haben. Verf. berichtet über einen einschlägigen Fall, wo im Anschluß an ein geringes Schädeltrauma sich eine Meningitis entwickelt hatte. — Bei der Sektion fand sich am Periost des linken Schläfenbeins eine dreimarkstückgroße hellbraune Verfärbung; keine Fissur. Unter dem linken Parietallappen eitrige Infiltration. Außerdem Entzündung der Rachenmandel und des Pharynx. Im Gehirn Eiter, in Milz und Blut Diplococcus lanceolatus. Der Fall zeigt die Schwierigkeit der Abgrenzung der primären und sekundären Meningitis.

Zerebrale Verletzungen und Erkrankungen.

Procházka (140) vertritt den Standpunkt, daß der Hirnschlag als Unfall im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes angesehen werden soll, wenn der Unfall auch bloß ein mitwirkendes, helfendes Moment abgibt.



Außer bei Entzündungen im Schädelinnern und Schädelschüssen kommen nach **Vorschütz** (182) Hyperästhesien vor bei Schädelbasisbrücken- und Gehirnerschütterungen; bei letzteren sind sie ein wichtiges Argument für noch bestehende Reize im Schädelinnern. Die Entstehung geschieht auf dem Wege des sympathischen Nervensystems, welches durch Rami communicantes mit den peripherischen Nerven verbunden ist. Bei einmaliger Verletzung ist die Hyperästhesie nur einseitig. Solange Hyperästhesie besteht, sind Klagen über Kopfschmerzen berechtigt. Die Dauer derselben kann sich über Jahre erstrecken, während welcher Zeit die Rente zu gewähren ist.

Lochte (106) weist an der Hand einiger Beobachtungen aus der Literatur nach, daß die Handlungsfähigkeit erhalten geblieben sein kann in Fällen mit Fissuren des Schläfen- und angrenzenden Scheitelbeins, mit Fraktur der Schädelbasis und Blutung aus der gerissenen Art. meningea media. Auch nach Schädelschüssen kann die Handlungsfähigkeit einige Zeit erhalten bleiben, sobald es nicht zu Erscheinungen der Gehirnerschütterung kommt und die Blutung aus den verletzten Gefäßen erst ganz allmählich den Hirndruck steigert.

Babler (4) hat oft nach schweren Schädelverletzungen keine Ausfallserscheinungen beobachtet. Die Fälle, die Hemiplegien nach sich führten, verlaufen ungünstig. Die Prognose gestaltet sich besser, wenn kein Bewußtseinsverlust auftritt. In einigen tödlichen Fällen traten Bewußtseinsstörungen erst $^1/_2$ oder 1 Stunde nach dem Unfall ein. Die Vorhersage ist besonders ungünstig bei Alkoholikern.

Der Fall von **Fuchs** (61) betraf einen 22jährigen Arbeiter, der im 15. Lebensjahre infolge eines Kopftraumas eine Lähmung der linken Körperhälfte bekam. Nach fünf Monaten leichte Besserung, aber mit Atrophie der linken Seite einhergehend. Elektrisch fand sich weder qualitative noch quantitative Veränderung im Bereiche der atrophischen Muskulatur. Im Handgelenk besteht Beugekontraktur. Von sämtlichen Aktivbewegungen ist nur Beugung im Ellenbogengelenke möglich. Die zerebrale Muskelatrophie hat in diesem Falle einen ungewöhnlichen Grad erreicht und ist bei Hemiplegien im allgemeinen nicht häufig. In dem Fall bestand noch außerdem eine auffallende Asymmetrie in der Entwicklung beider Thoraxhälften. (*Bendix.*)

Godlee und **Williams** (64) konnten bei einigen von den Opfern einer großen Eisenbahnkatastrophe bemerkenswerte Beobachtungen machen. Die meisten bei dem Zusammenstoß Verunglückten hatten Beinbrüche und Kontusionen der Brust und des Leibes erhalten. Vier von diesen starben, trotzdem sie keine oder nur unerhebliche Kopfverletzungen erlitten hatten, unter Gehirnsymptomen, als deren Ursache sich Fettembolien in die Kapillaren der Gehirngefäße bei zwei der Verunglückten nachweisen ließen. (*Bendix.*)

Blutungen, Arteriosklerose.

Erleidet ein an der Schwelle des Greisenalters stehender, voll arbeitsfähiger Arbeiter einen Unfall, der den Kopf betrifft, und stellen sich nach einiger nicht zu kurz bemessener Zeit subjektive und objektive Erscheinungen der Arteriosklerose ein, die die Arbeitsfähigkeit des Verletzten herabsetzen. so ist der Unfall als indirekte Ursache der Einbuße an Arbeitsfähigkeit aufzufassen. **Bloch** (17) legt Wert auf die Kontraktion des Quadrizeps beim Schwindelgefühl: man sieht eine Zusammenziehung der Oberschenkel und ein Höhersteigen der Patella, während der zu Untersuchende etwa für die Dauer einer Viertelminute ganz ruhig dasteht; allerdings verschwindet



dieses Zusammenziehen der Oberschenkel nach einiger Zeit, und die Schwankungen beginnen wieder, weil das Schwindelgefühl stärker ist als die Zusammenziehung der Oberschenkelmuskulatur.

Pickenbach (133) berichtet über den Unfall eines 64 jährigen Berufsreiters. Es war die Frage zu entscheiden, ob der Patient, der schon vorher an Schwindel gelitten hatte, in einem solchen Anfall vom Pferde gestürzt sei, oder ob er, wie er behauptete, von dem Pferde einen Schlag gegen den Kopf erhalten habe. Da bei dem Unfall keine Zeugen zugegen gewesen waren und der Kranke bewußtlos aufgefunden wurde, so konnte kein positives Gutachten abgegeben werden, und es kam zu einem Vergleich. (*Bendix.*)

In **Dreyfus** (41) Fall bestanden nach geringfügiger Verletzung schwerste zerebrale Herd- und Allgemeinsymptome, die zu einer Trepanation Veranlassung gaben. Patient ging wenige Stunden darauf zugrunde. Zwischen Trauma und Tod lagen sieben Tage. Die Sektion und mikroskopische Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat bis auf ein abnormes Verhalten der Gefäße: überall in der weißen Substanz des Gehirns sind die Gefäße stark dilatiert. Schon bei der Trepanation fiel auf, wie außerordentlich erschwert die Blutstillung aus den kleinsten Gefäßen war.

Dreyfus nimmt an, daß es sich um Störung der Blutverteilung im Gehirn, um eine Schädigung des vasomotorischen Apparates, im Sinne einer Gefäßlähmung, gehandelt habe. Dieser Fall reiht sich den von Friedemann beschriebenen Fällen mit „vasomotorischem Symptomenkomplex“ an.

Meyer (114) berichtet über drei Fälle von meningealen Spätblutungen, fünf Tage, resp. drei und fünf Wochen nach dem Trauma. In einem Fall kam es nach dem Schädeltrauma ohne Verletzung des Schädels zu Gefäßzerreißungen durch Kontercoup. In allen Fällen bestanden keine zu Blutungen prädisponierende Momente. Differential-diagnostisch erwähnt Verf., daß bei meningealen Blutungen, insbesondere bei subduralen, Lähmungen gewöhnlich zuerst gänzlich fehlen oder sehr schwach sind und sich erst allmählich zur Hemiplegie entwickeln können, während bei den zerebralen Blutungen eine Lähmung fast stets den Charakter einer Hemiplegie von Anfang an hat.

Tabes dorsalis, multiple Sklerose, Myelitis.

Patient hat 1899 eine Kontusion der rechten Schulter erlitten, die Muskelatrophien und, dank derselben, Bewegungsbeschränkungen zur Folge hatte. 1902 wurde multiple Sklerose festgestellt. **Pickenbach** (132) lehnte den Zusammenhang des peripheren Traumas mit der multiplen Sklerose ab. Das Arbeiterschiedsgericht ließ jedoch den Zusammenhang mit dem Trauma gelten.

Durch Fall aus 4 m Höhe waren Unterschenkel- und Rippenbrüche entstanden. Drei Jahre später begann eine Tabes dorsalis. **Rigler** (147) stellt den Zusammenhang zwischen Unfall und Tabes in Abrede, da das Trauma nicht die Wirbelsäule betroffen hatte und der Zwischenraum zu lang war.

Harms (75) schließt in seinem Falle den Zusammenhang der m. Sklerose mit dem Unfall aus, weil das Trauma kein schweres war. Was den zeitlichen Zusammenhang zwischen m. Sklerose und Unfall betreffe, so ist Verf. der Ansicht, daß die Sklerose nicht unmittelbar nach dem Trauma auftreten müsse, sondern ein Latenzstadium anerkannt werden müsse.

Mohr (119) berichtet über einen 19 jährigen Schlächter, der kurz nach einem starken Überknicken des Körpers nach hinten mit Schmerzen und Lähmung der Beine und Blase erkrankte; auch Gefühlsstörungen der Beine

traten auf. Außerdem litt er zur Zeit des Unfalls an akuter Mandelentzündung und akutem Tripper. Mohr nimmt an, daß durch die beiden infektiösen Erkrankungen eine verminderte Resistenz des Rückenmarks entstanden sei, die infolge des Überknickens der Wirbelsäule nach hinten die Entstehung einer Myelitis, respektive Blutung begünstigt habe. (*Bendix.*)

Engel (44) lehnte den ursächlichen Zusammenhang einer zum Tode führenden Myelitis 1 Jahr nach einem Bruch des rechten äußeren Knöchels ab. Auch in einem anderen Fall von Tod durch angeblichen Blitzschlag lehnte **Engel** (45) den behaupteten Zusammenhang ab, da die vorhandene spinale Lähmung auf eine andere als die nicht erwiesene Blitzschlagverletzung zu beziehen sei. Die Frage, welche der zwei Kopfverletzungen, die binnen zwei Tagen stattgefunden hatten, die tödliche war, respektive ob der einen Tag nach einer Kopfverletzung durch Fall von einer Treppe in der eigenen Wohnung erfolgte Tod mit dem Berufsunfall zusammenhänge, wurde von **Engel** (46) nur als möglich angenommen; und die Ansprüche wurden deshalb abgelehnt. Auch bei einem Fall von Bleivergiftung mit neurasthenischen Beschwerden wurde die Annahme eines Unfalls von **Engel** (47) abgelehnt, weil es sich nicht um eine plötzliche, sondern um eine chronische Intoxikation handelte. (*Bendix.*)

Auch bei drei Fällen von Gehirnblutung lehnte **Engel** (43) einen Zusammenhang mit einem Unfall ab, da im ersten Fall nicht die angebliche Sonnenglut, sondern die Arteriosklerose die Hirnblutung veranlaßt hatte; im zweiten Fall wurde als Ursache der tödlichen Apoplexie nicht die Hornhautverletzung, die Trübungen hinterlassen hatte, angesehen, sondern eine Arteriitis der Basalarterien. Bei dem dritten Fall trat 113 Tage nach einer leichteren Kopfverletzung der Tod durch Apoplexie ein, die aber nicht auf den Unfall, sondern auf Arteriosklerose zurückgeführt wurde. (*Bendix.*)

Kleinschmidt (93) brachte die Entstehung der malignen Geschwulst mit dem Trauma (schwere Brustquetschung) in Zusammenhang, weil: 1. Geschwulstbildung im Bereich der Unfalleinwirkung, 2. kontinuierliche Beschwerden seit dem Unfall und 3. ein der Geschwulstbildung entsprechender Zeitraum bis zum Auftreten klinisch erkennbarer Krankheitszeichen bestanden.

Bei einem Manne wurde nach einem 1898 erlittenen Sturz auf den Kopf außer einer Augenmuskellähmung eine Erschütterung des Nervensystems angenommen und 10% Rente vom Schiedsgericht bewilligt. Die Sehstörung wurde neun Jahre augenärztlich beobachtet, dann stellten sich Erscheinungen der Tabes mit erheblichen Sehstörungen ein. **Hensgen** (77) nahm an, daß als Folge des Sturzes eine Blutung in der Gegend der Hirnschenkel vor der Brücke des Hirns als der Austrittsstelle der Augenmuskelnerven vorhanden war. Allmählich erfolgte eine Atrophie der Stelle, welche sich auf die HS des Rückenmarks fortsetzte. Der ursächliche Zusammenhang des Todes mit dem Sturz wurde angenommen. (Dieser Fall spricht nicht für Tabes traumatica. Ref.)

Syphilis.

Oppenheim (124) kommt zu folgenden Schlüssen: Da Patient bis zum Unfall arbeitsfähig war, so ist durchaus möglich, daß ohne den Unfall eine syphilitische Erkrankung stationär oder wenigstens für eine Reihe von Jahren stationär geblieben wäre, insbesondere das Sehvermögen nicht durch das Fortschreiten dieser Krankheit gelitten hätte.

Zipperling (200) berichtet über einen Fall von Lues cerebri und Trauma und kommt zum Schluß, daß so sehr eine bestehende Lues cerebri durch ein Trauma verschlimmert werden könne, so wenig sicher sei es, daß

ein Kopftrauma bei Luetikern mit bis dahin völlig gesundem Hirn Hirnlues erzeugen könne, analog der Tabes und der Paralyse.

Ohrenerkrankungen.

Friedreich (60) erinnert daran, daß er bereits drei Jahre vor Jaehne den Nachweis der Schalleinwirkung auf kraniotympanalem Wege erbracht habe.

Rhese (146) betont die Notwendigkeit otologischer Untersuchungsmethoden für die Begutachtung aller Folgezustände von Kopftraumen. Bedingt die kalorische Reaktion eine heftige Reaktion, so ist die Erwerbsfähigkeit beschränkt. Bei erheblichen Differenzen der auslösbaren Erscheinungen bei Ausspülungen der Ohren liegt eine organische Läsion vor. Löst der kalorische Reiz auch bei mehrfacher Untersuchung nicht einen Schwindelanfall aus, so besteht auch keine Neigung zu Schwindelanfällen. Unter den kochlearen Symptomen kommt der Verkürzung der Knochenleitung bei sonst normalem Ton- und Sprachgehör eine große Bedeutung zu als Beweis für die Tatsache eines vorhergegangenen Kopftraumas: Die kalorische Reizung muß wiederholt, nie an einem Tage beiderseits angestellt werden.

Medikamentöse Therapie der Nervenkrankheiten.

Ref.: San.-Rat Dr. S. Kalischer-Schlachtensee-Berlin und
Dr. A. Münzer-Schlachtensee-Berlin.

1. Abelin, J., Über eine neue Methode, das Salvarsan nachzuweisen. Vorläufige Mitteilung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 19.
2. Derselbe, Beginn und Dauer der Ausscheidung des Salvarsans durch den Urin nach intravenöser Injection. Münchener Mediz. Wochenschr. No. 33.
3. Agadschjanz, K., Sresnewski, W., Klinische und experimentell-psychologische Untersuchungen von Kranken, die mit Salvarsan behandelt werden. Obosr. Psych.
4. Albrecht, Hans, Die epidurale Injektion bei Kreuzschmerzen. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 2. p. 50.
5. Alexander, G., The Possible Effect of Salvarsan on the Auditory Labyrinth. Boston Med. and Surg. Journ. March 9.
6. Allison, W. L., Salvarsan in Mental and Nervous Diseases. Texas State Journal of Medicine. Oct.
7. Almkvist, J., Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica acuta nach intravenöser Salvarsaninjektion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1809.
8. Angle, E. J., and Snipes, J. J., Therapeutic Value of „Salvarsan", with Report of Cases. The Therapeutic Gazette. Dez. p. 841.
9. Aronsohn, Oskar, Ueber die Anwendung und Wirkung des Gynoval. Medizin. Klinik. No. 36. p. 1389.
10. Arzt, L., und Kerl, W., Entstehung des Salvarsanfiebers. Wien. Klin. Wochenschr. No. 48.
11. Assmann, Herbert, Erfahrungen über Salvarsanbehandlung luetischer und metaluetischer Erkrankungen des Nervensystems unter Kontrolle durch die Lumbalpunktion. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 35—36. p. 1603. 1648.
12. Audry, Ch., Sur les neuro-récidives syphilitiques postérieures aux cures d'arsénobenzol, sur leur cause et le moyen de les prévenir. La Province médicale. No. 44. p. 437.
13. Derselbe, Syphilis, arséno-benzol, neuro-récidives et neuro-réactions. ibidem. No. 46. p. 461.
14. Aulhorn, Erich, Die Verwendung des Pantopons in der Geburtshülfe. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 12. p. 618.
15. Azúa, J. de, y Covisa, J. S., El „606" en la sifilis del sistema nervioso. Archivos españ. de Neurol. T. 2. No. 1. p. 1—7.
16. Bach, Neurorezidiv (Sehnerv) nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2773. **(Sitzungsbericht.)**



17. Bachem, C., Ueber das Verhalten des Veronals im tierischen Organismus. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 19. p. 510.
17a. Derselbe, Jodosterin, ein neues organisches Jodpraeparat. Münchener Mediz. Wochenschrift. No. 41.
18. Bailliart, P., L'action du salvarsan sur les yeux. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXII. No. 17. p. 661.
19. Balassa, Theodor, Ueber die neuralgische und bakterizide Wirkung des Kephaldol. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. No. 8. p. 57.
20. Ballet, Gilbert, et Hirchmann, C., Troubles auditifs et oculaires consécutifs à l'emploi de l'hectine. La Presse médicale. No. 75. p. 746.
21. Bar, Paul, Résultats donnés par le salvarsan à la Clinique Tarnier. Bull. de l'Acad. de Med. T. LXVI. No. 35. p. 198.
22. Bardet, G., et Gy, Abel, Etude pharmacologique et clinique sur une nouvelle préparation d'opium. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXI. p. 513. 561.
23. Barrett, J. W., and Orr, W. F., Action of Eserin on the Eye. Australasian Med. Journal. March.
24. Bayer, Hugo, Jodival in der Luestherapie. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 35. p. 383.
25. Bayet, Dujardin, et Desneux, Les neurorécidives après les injections du salvarsan et leur signification. Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. No. 7. p. 318.
26. Beck, Oscar, Über bilaterale Ertaubung und Vestibularausschaltung nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 42. p. 2217.
27. Derselbe, Beobachtungen über das Verhalten des menschlichen Gehörorganes bei mit Salvarsan behandelten Syphilitikern. ibidem. No. 3. p. 126.
28. Derselbe, 1. Isolierte vorübergehende Ausschaltung des Vestibularnerven (2 Fälle) nach intramuskulärer und intravenöser Injektion von Salvarsan. 2. Beiderseitige Ausschaltung des Vestibularapparates, rechts Taubheit links hochgradige Schwerhörigkeit nach Salvarsan. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2. p. 233. 234. **(Sitzungsbericht.)**
29. Derselbe, Arsen im Harn 5 Monate nach der intramuskulären Injektion von Salvarsan bei einem Fall mit beiderseitiger Vestibularausschaltung, Taubheit rechts und hochgradige Schwerhörigkeit links. ibidem. p. 308. **(Sitzungsbericht.)**
30. Derselbe, Zwei Fälle von einseitiger Ertaubung nach Salvarsan. ibidem. No. 6. p. 750. **(Sitzungsbericht.)**
31. Derselbe, 1. Drei weitere Fälle kompleter, einseitiger Ertaubung nach Salvarsan. 2. Linksseitige Ertaubung, rechtsseitige Schwerhörigkeit. ibidem. No. 8. p. 952. **(Sitzungsbericht.)**
32. Becker, Hermann, Neurorezidiv an multiplen Gehirnnerven bei sekundärer Syphilis nach Hg- und Salvarsanbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1475. **(Sitzungsbericht.)**
33. Becker, Wern. H., Eine ungewöhnlich starke Reaktion auf Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet bei einem alten Epilepsiefall. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 2. p. 256.
34. Derselbe, Ueber Narkotikagemische. Moderne Medizin. No. 10. p. 236. No. 12. p. 288.
35. Derselbe, Über Schlafmittelkombinationen. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 15. p. 449. u. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 37. p. 404.
36. Beeck, Interessante Bromural-Wirkung in einem Falle von hochgradigem Diabetes. Allgem. Mediz. Zentral-Zeitung. No. 25. p. 339.
37. Beisele, P., Neue Methode des Salvarsannachweises. Münchener Medizin. Wochenschrift. No. 24.
38. Benario, J., Technik der Salvarsan-Injektion. Münchener Mediz. Wochenschr. No. 8.
39. Derselbe, Ueber die Schwankungen im Verlaufe der Nervensyphilis. Berliner klin. Wochenschr. No. 26. p. 1165.
40. Derselbe, Über Neurorezidive nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung. Ein Beitrag zur Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns. Vorwort von Wirkl. Geh. Rat P. Ehrlich. München. Lehmanns Verlag.
41. Derselbe, Zur Statistik der Neurorezidive unter Salvarsanbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 14. p. 732.
42. Derselbe, Über syphilitische Neurorezidive, insbesondere solche nach Quecksilberbehandlung. Münchener Mediz. Wochenschr. No. 1. p. 20.
43. Bennecke, H., Ueber unsere bisherigen Erfahrungen mit Vasotonin. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1196.
44. Berger, Ignaz, Gynoval in der Frauenpraxis. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 43. p. 469.
45. Bériel, L., Sur un nouvel hypnotique: L'Adaline. Lyon médical. T. CXVII. p. 526. **(Sitzungsbericht.)**
46. Berkovits, René, Salvarsan und Nervensystem. Gyógyászat. No. 50. Ungarisch.



47. Bernstein, A., Über das Schicksal des Salvarsan im Körper. Deutsche Medizinische Wochenschr. No. 3.
48. Bettmann, Herpes zoster nach Salvarsaninjection. Deutsche Medizinische Wochenschrift. No. 1.
49. Beyer, Jodival. Therapie der Gegenwart. No. 7.
50. Beyerhaus, G., Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Adalin. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 13. p. 589.
51. Bing, H. J., Opiumpraeparat Pantopon. Ugesk. f. Laeger. 1910. LXXII. 1453—1457.
52. Birch-Hirschfeld und Köster, G., Die Schädigung des Auges durch Atoxyl. v. Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. 76. H. 3.
53. Birch-Hirschfeld, A., und Inouye, Nobuo, Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des Indarsol auf Sehnerv und Netzhaut. Archiv f. Ophthalmol. Bd. LXXIX. Heft 1. p. 81.
54. Biró, Julius, Ueber neuere Heilmittel. Pester mediz.-chir. Presse. No. 13. p. 97.
55. Blair, V. F., Notes on Cases of Trifacial Neuralgia Treated by Deep Injections. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 5. p. 335.
56. Bokay, Johann v., Erfolgreiche Behandlung von Chorea minor mit Salvarsan. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 111. und Orvosi Hetilap. **55.** 67.
57. Borsos, J., Über ein neues Hypnoticum. Gyógyászat. **51.** 89.
58. Bouchut et Devic, A., Sur un cas de mort dans le traitement de la chorée par les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie. Lyon médical. 1912. T. CXVIII. p. 428. **(Sitzungsbericht.)**
59. Bourilhet, Le „Véronidia" dans les maladies nerveuses et mentales. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 3. p. 189.
60. Derselbe et Manceau, P., Le „Bromovose" comme agent thérapeutipue et sédatif dans les affections nerveuses. Arch. de Neurol. 9. S. T. I. Mai. p. 328.
61. Braun, H., Über die Localanaesthesie bei Operationen im Trigeminusgebiet. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 111. und Dtsch. med. Wochenschr. No. 30. p. 1383. und Med. Press and Circ. 20. Dec.
62. Derselbe, Ueber die Behandlung von Neuralgien des 2. und 3. Trigeminusastes mit Alkoholinjektionen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 52. p. 2414.
63. Braun, J. J., Ein Fall von luetischer Affektion des inneren Ohres. Heilung durch Salvarsan Ehrlich. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 296. **(Sitzungsbericht.)**
64. Bresler, Joh., Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 5—10. p. 39. 49. 59. 79. 91. No. 15—19. p. 142. 153. 176. 183.
65. Brodsky, J., Was für Fortschritte machte die Therapie des Zentralnervensystems dank dem Ehrlichschen Salvarsan. 1. Vers. d. russ. Verb. d. Irrenärzte in Moskau. 4.—11. Sept.
66. Brüstlein, G., Über Injektionsnarkose mit Pantopon-Skopolamin. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 10. p. 345.
67. Bullinger und Oefele, F. v., Vanadium in der praktischen Heilkunde. New Yorker Mediz. Monatsschr. Bd. XXII. No. 7. Dez. p. 163.
68. Bunzlow, Aus der Alkoholwissenschaft. **(Sammelbericht.)** Deutsche Militärärztliche Zeitschr. No. 11. p. 444—457.
69. Bürgi, Emil, Allgemeine Bemerkungen zu meinen die Wirkung von Arzneikombinationen betreffenden Arbeiten. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. VIII. H. 3. p. 523.
70. Derselbe, Untersuchungen über die Wirkung von Arzneigemischen. Berliner klin. Wochenschr. No. 20. p. 877.
71. Buy-Wenniger, L. M. de, Bericht über den Verlauf einiger Syphilisfälle nach der Behandlung mit Ehrlichs Mittel. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55.** I. 12.
72. Caffrey, A. J., Deep Perineural Injections of Beta-Eucain Solutions in Sciatica. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 19. p. 1533.
73. Casamajor, Louis, Bromide Intolerance and Bromide Poisoning. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 36. No. 6. p. 345.
74. Castel, J. du, et Paraf, Méningite syphilitique aiguë traitée par le 606. Gaz. des hôpitaux. p. 451. **(Sitzungsbericht.)**
75. Charon, René, et Courbon, Paul, Injections mercurielles et hémiplégie. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 2. p. 162.
76. Chartier, La désintoxication rapide de la morphine et de la diacéthyl-morphine, considérée au point de vue hématologique. La Semaine médicale. No. 23. p. 265.
77. Claus, A., Adalin, ein neues nervenberuhigendes Mittel. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. **2.** 86.
78. Clemens, Salvarsan in der inneren Medizin. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1264. **(Sitzungsbericht.)**



79. Cohen, Curt, Zwei bemerkenswerte Augenerkrankungen nach Salvarsan. Berliner klin. Wochenschr. No. 49. p. 2201.
80. Corbus, B. C., Observation on Twenty-Eight Patients Treated with the Ehrlich-Hata Remedy (Salvarsan). The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 8. p. 566.
81. Derselbe, One Years Experience with Salvarsan. Being a Report of 230 Injections with Special Reference to Eye and Ear Complications. Medical Record. Vol. 80. No. 21. p. 1009.
82. Crocq, J., Le 606 dans le maladies nerveuses et mentales. Journal der Neurologie. No. 22. p. 421.
83. Cutler, Franklin E., The Use of Salvarsan. The Cleveland Med. Journ. Vol. X. No. 12. p. 1033.
84. David, J., „606“ et le nerf acoustique. La Presse médicale. No. 58. p. 602.
85. Davids, Hermann, Ueber Augenerkrankungen nach Salvarsan-Behandlung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 13. p. 596.
86. Deschwanden, v., Pantopon-Skopolamin in der Geburtshülfe. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 4. p. 124.
87. Desneux und Dujardin, Die Neurorezidive nach Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 23. p. 1245.
88. Diehl, A., Erfahrungen über einige Arzneimittel in der Hand des Nervenarztes. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 6. p. 450.
89. Diruf, Edmund, Valylperlen. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1204.
90. Döbeli, Emil, Über die Empfindlichkeit verschieden alter Tiere gegen die Opiumalkaloide. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 4. p. 113.
91. Döblin, Alfred, Pantopon in der inneren Medizin. Therapeut. Monatshefte. April. p. 216.
92. Dohl, K., und Tanaka, T., Unsere Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung im Laufe eines Jahres. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2228.
93. Dolganoff, W., Über die Wirkung des Salvarsan auf die Augenerkrankungen. Berliner klin. Wochenschr. No. 45. p. 2018.
94. Donath, J., Hypnoval, ein neues Schlafmittel. Orvosi Hetilap. Bd. 55. No. 3. p. 33. (Ungarisch.)
95. Dornblüth, Otto, Morphiumentziehung mittels Opium und Pantopon. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 697.
96. Dreser, H., Erwiderung auf Herrn Prof. Heubners „Warnung vor Maretin“. Therapeut. Monatshefte. Aug. p. 472.
97. Ebstein, Ludwig, Über Erfahrungen mit Adalin. Aerztliche Rundschau. No. 40. p. 469.
98. Eckhard, Heinr., Zur Eisen-Arsen-Therapie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1187.
99. Ehrlich, Paul, Grundlagen und Erfolge der Chemotherapie. Stuttgart. Ferd. Encke.
100. Derselbe, Pro und contra Salvarsan. Wiener mediz. Wochenschr. **61.** 14.
101. Derselbe, Salvarsan. Wiener klin. Wochenschr. No. 21.
102. Derselbe, Aus chemotherapeutischem Gebiet. Deutsche Revue. Mai.
103. Derselbe, Über Chemotherapie. Centralbl. f. Bakteriol. Referate. Bd. 50. Beiheft.
104. Derselbe, Über Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2481.
105. Derselbe, Die Salvarsantherapie. Rückblicke und Ausblicke. ibidem. No. 1.
106. Derselbe, Richtigstellung zu der Arbeit Fritz Lesser: Hyperideal und Salvarsan. Berliner klin. Wochenschr. No. 24.
107. Eichelberg, F., Zur Salvarsanbehandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 570. (**Sitzungsbericht.**)
108. Etienne, Georges, et Perrin, Maurice, Traitement spécifique et arthropathies tabétiques. La Presse médicale. No. 81. p. 809.
109. Eulenburg, A., Über Adalin. **Sammelreferat.** Mediz. Klinik. No. 10. p. 387.
110. Fairbanks, Salvarsanbehandlung bei cerebraler Syphilis. The Boston medical and surgical Journal. p. 568.
111. Faivre, Le „Veronidia“ dans un cas de méningite avec délire paratyphique et chez un héroïnomane. Journal scientifique et médical de Poitiers. No. 6. p. 104.
112. Falta, Marcel, Salvarsan bei Augenhintergrundleiden. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 699. u. Budapesti Orvosi Ujság. **9.** 183.
113. Faure, Maurice, L'arsenobenzol d'Ehrlich dans le traitement des accidents nerveux parasyphilitiques. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXI. p. 137.
114. Félix, Eugène, 606 Ehrlich-Hata et troubles labyrinthiques. La Presse médicale. No. 62. p. 641.
115. Fellner, Bruno, Vasotonin, ein neues druckherabsetzendes Gefässmittel. Referat über die bisherigen klinischen und experimentellen Erfahrungen. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 26. p. 293.



116. **Fernandez**, G., Influenza di alcuni ipnotici sulla respirazione dei tessuti. Osp. di Palermo. 1910. III. 45—49.
117. **Finger**, Ernst, Bedenkliche Nebenerscheinungen bei mit Salvarsan behandelten Patienten. Berliner klin. Wochenschr. No. 18. p. 785.
118. Derselbe, Die Nebenwirkungen des Salvarsans. Wiener mediz. Wochenschr. No. 42. p. 2701.
119. **Fischer**, B., Über einen Todesfall durch Encephalitis hämorrhagica im Anschluss an eine Salvarsaninjektion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1803.
120. **Fischer**, L., Toxische Neuritis nach Salvarsan. Journ. of Americ. Assoc. 11. Febr.
121. **Fischer**, Ph., und **Hoppe**, Ueber Bromcalcium-Harnstoff (Ureabromin). Berl. klin. Wochenschr. No. 41. p. 1883.
122. **Fischer**, W., und **Zernick**, F., Weitere Beiträge zur Neurotropie und Depotwirkung des Salvarsans. Berl. klin. Wochenschr. No. 34. p. 1555.
123. **Fleissig**, Aponal, ein neues Schlafmittel. Schweiz. Wochenschr. f. Chemie u. Pharmazie. No. 39.
124. **Flemming**, A., Wirkung von Salvarsan auf das Auge. Arch. f. Augenheilk. Bd. LXVIII. H. 3. p. 197 u. Arch. of Ophthalmol. May.
125. Derselbe and **Colebrook**, L., On the Use of Salvarsan in the Treatment of Syphilis. The Lancet. I. p. 1631.
126. **Fornaca**, G., e **Valenti**, L., Ricerche cliniche e sperimentali sul dibrombeenato di calcio (sabromina Bayer). Giorn. di Psich. clin. e tecn. manic. XXXVII. No. 4.
127. **Fransen**, J. W. P., Over de techniek der inspuitingen in de trigeminus-takken en het ganglion Gasseri. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. 597—667.
128. **French**, H. C., Salvarsan („606") and Mercury in the Treatment of Syphilis. The Lancet. I. p. 1691.
129. **Frenkel-Heiden** und **Navassart**, E., Über die Elimination des Salvarsan aus dem menschlichen Körper. Berliner klinische Wochenschr. No. 31.
130. **Frey**, Ernst, Ueber die Wirkung des Enesol auf die metaluetischen Nervenerkrankungen und auf die Wassermannsche Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. No. 26. p. 1171.
131. **Frey**, Hugo, Über das Vorkommen von Erkrankungen des inneren Ohres in frühen Stadien der Syphilis. Ein Beitrag zur Frage der Salvarsanwirkungen. Wiener klin. Wochenschr. No. 11. p. 385.
132. **Friedlaender**, Martin, Zur internen Arsenmedikation. Deutsche Aerzte-Zeitung. H. 4.
133. **Fritsch**, Gustav, Eine bisher unbeachtete Verwendung des Yohimbin (Spiegel). Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1266.
134. **Froehlich**, E., Beobachtungen über ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel, das Adalin. Berliner klin. Wochenschrift. No. 1. p. 18.
135. **Galezowski**, J., Troubles oculaires consécutifs à l'injection de Salvarsan. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. III. p. 51. **(Sitzungsbericht.)**
136. **Gaucher**, Mort par 606. Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris. T. LXVI. No. 35. p. 196.
137. **Gennerich**, Die Ziele einer ausreichenden Syphilisbehandlung und die provokatorische Salvarsaninjektion bei zweifelhafter Syphilis. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 43.
138. Derselbe, Der weitere Verlauf der Salvarsanbehandlung im Kaiserlichen Marinelazarett Kiel-Wik. Berliner klin. Wochenschr. No. 40. p. 1787.
139. Derselbe, Salvarsanbehandlung. Mediz. Klinik. No. 5.
140. Derselbe, 3. Bericht über Salvarsanbehandlung aus dem Kaiserlichen Marinelazarett Kiel-Wik. Berlin. Aug. Hirschwald.
141. **Gerber**, C., Caféine, codéine, leurs sels; sels de morphine et de cocaïne. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXI. No. 26. p. 212.
142. **Gerbunow**, G. A., 606 in der Augenpraxis. Westnik Oftalmol.
143. **Géronne**, A., und **Gutmann**, C., Zur Frage der Neurotropie des Salvarsans. Medizin. Klinik. No. 11. p. 461.
144. **Gilbert**, W., Über eine schwere Nebenwirkung des Salvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 350.
145. **Githens**, T. S., und **Meltzer**, S. J., Ueber die Behandlung von experimentellen Strychninvergiftungen mit intratrachealer Insufflation und Aethernarkose. Berliner klin. Wochenschr. No. 15. p. 669 u. Journ. of Pharmacol. March.
146. **Glimm**, P., Zur Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 8. p. 408.
147. **Goerlitz**, M., Salvarsan und Neurorezidiz. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Nov. p. 567.
148. **Goldenberg**, Hermann, and **Kaliski**, David J., Personal Experiences with the Use of Salvarsan (Dioxydiamidoarsenobenzol, or „606") in the Treatment of Syphilis. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. March. p. 411.
149. **Göschel**, Erfahrungen mit Bromural in der Bühnenpraxis. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 41. p. 1160.

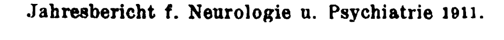


150. **Grand-Clément**, Efficacité remarquable du 606 dans un cas de paralysie spécifique du nerf moteur oculaire commun à peine amélioré par un traitement mixte intensif et prolongé pendant six mois. Lyon médical. T. CXVII. No. 52. p. 1425. (**Sitzungsbericht.**)
151. **Gregor**, Über Nebenwirkungen von Schlafmitteln. Neurol. Centralbl. p. 1344. (**Sitzungsbericht.**)
152. **Gröber, A.**, Über Veronal. Biochemische Zeitschr. Bd. 31. H. 1—2. p. 1.
153. **Grund, Georg**, Ueber die Wirkung des Chloromorphids auf den Menschen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 19. p. 1007.
154. **Gudden, H.**, Arsenhämatose bei nervöser und psychischer Erschöpfung. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2090.
155. **Guttmann, Leo**, Über Bromglidine. Fortschritte der Medizin. No. 17. p. 391.
156. **Hahn, Benno**, Die Behandlung der Chorea minor durch Salvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1550.
157. **Haike** und **Wechselmann**, Heilwirkungen und Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr. Berliner klin. Wochenschr. No. 16. p. 697.
158. **Hainiss, Géza v.**, Die Anwendung des Salvarsans bei Chorea minor. Orvosi Hetilap. No. 21. (Ungarisch.)
159. **Hallopeau**, Sur un cas de mort survenu après deux injections de 606, chez un sujet relativement sain. Bull. Acad. de Médecine de Paris. T. LXVI. No. 32. p. 125.
160. **Häni, Joh. Rud.**, Ueber die Verstärkung der Wirkung verschiedener Narkotika, speziell des Pantopons durch Skopolamin. Die Therapie der Gegenwart. No. 2. p. 62.
161. **Harrison, L. D.**, Apomorphin Hydrochlorate as an Antispasmodic. Mississippi Med. Monthly. May.
162. **Hauptmann**, Neurorezidive nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1159. (**Sitzungsbericht.**)
163. **Hay, Archibald G.**, Additional Notes on the Treatment of Sciatica by Means of Saline-Injections. The Glasgow Med. Journal. Vol. LXXV. No. 4. p. 256.
164. **Haymann, Hermann**, Weitere Erfahrungen mit Pantopon. Münchener Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 82.
165. **Hecht, V.**, und **Sperk**, Ein Fall von perverser Atropinwirkung. Wiener klin. Wochenschr. p. 1750. (**Sitzungsbericht.**)
166. **Henck, W.**, und **Jaffé, J.**, Weitere Mitteilungen über das Ehrlich'sche Dioxydiamidoarsenobenzol (Salvarsan). Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 6.
167. **Hertzmann, J.**, Intravenoese Salvarsaninjektionen ohne Reactionserscheinungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34.
168. **Hertzfeld, A.**, Arsenic in Syphilis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 8. p. 588.
169. **Herzenberg, Roman**, Weitere Untersuchungen über die Wirkungen von Narcotica-Antipyretica-Combinationen. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. VIII. H. 3. p. 576.
170. **Hesse, E.**, Jodival in der Luestherapie. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 10.
171. **Derselbe**, Salvarsan. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. Mediz. Wochenschr. p. 2309.
172. **Heubner, W.**, Nochmals über Maretin. Bemerkungen zu Herrn Prof. Dresers vorstehender Erwiderung. Therapeut. Monatshefte. Aug. p. 476.
173. **Derselbe**, Warnung von Maretin. ibidem. Juni. p. 364.
174. **Heuser, K.**, Zur Neurotropie und Depotwirkung des Salvarsans. Medizin. Klinik. No. 15. p. 567.
175. **Hirsch, C.**, Ehrlich-Hata bei luetischen Augenerkrankungen. Münch. Mediz. Wochenschr. 1910. No. 49.
176. **Hirschfeld, Hans**, Über Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. Berliner klin. Wochenschr. No. 8. p. 341.
177. **Hoffmann, A.**, Tötliche Hemiplegie nach Salvarsanbehandlung in einem Falle von Lues spinalis. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2775. (**Sitzungsbericht.**)
178. **Hoffmann, Erich**, und **Jaffé, Josef**, Weitere Erfahrungen mit Salvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1337.
179. **Hoppe, J.**, und **Seegers, K.**, Das Verhalten des Adalins im menschlichen Körper. Die Therapie der Gegenwart. No. 10. p. 454.
180. **Hrdliczka**, Symptomatik der Salvarsanwirkung. Wien. klin. Wochenschr. No. 21.
181. **Huber, O.**, Amylencarbamat als Schlafmittel. Medizin. Klinik. No. 32. p. 1234.
182. **Hüfler**, Technik der Salvarsanbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34.
183. **Hund, Reid**, et **Seidell, Atherton**, Un composé jodé thyréo-tropique. The Journ. of Pharmacology. 1910. Vol. II. No. 1. p. 15—47.
184. **Hunnius**, Therapeutische Ergebnisse mit Salvarsan. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 44. (**Sitzungsbericht.**)
185. **Hussels**, Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleïnicum. Arch. für Psychiatr. Bd. 48. H. 3.



186. Igersheimer, Zur Frage der Einwirkung des Salvarsans auf Retina und Optikus und zur Frage des Neurorezidivs. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 821. **(Sitzungsbericht.)**
187. Isaac, Das Jodocitin. (Ein neues Jod-Lecithin-Eiweisspräparat.) Medizin. Klinik. No. 40. p. 1541.
188. Jacoby, C., III. Teil: Die Eigenart der Veronalwirkung, eine Folge seiner specifisch peripheren Lähmungswirkung auf die Gefässwand. Arch. f. exper. Pathol. Bd. 66. H. 4.
189. Derselbe und Roemer, C., II. Teil: Einfluß auf Temperatur, Atmung und Circulation. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 66. Bd. 4. H.
190. Jansen, Optikusreizung nach intravenöser Salvarsaninjektion. Medizin. Klinik. No. 13. p. 494.
191. Japhé, Fanny, Über die Gewöhnung an die Narkotika der Fettreihe. Therapeut. Monatshefte. No. 2. p. 110.
192. Jeanselme, E., Le Salvarsan injecté à une mère en période d'allaitement peut-il influencer la syphilis de son nourrisson? Ann. de Gynécol. Juillet.
193. Derselbe et Coutela, C., Névrite optique et 606. Gaz. des hôpit. p. 991. **(Sitzungsbericht.)**
194. Derselbe et Touraine, A., Le Salvarsan dans l'organisme. ibidem. No. 141. p. 2021.
195. Dieselben, Le traitement de la syphilis par le „606". Indications et contre-indications, technique et direction générale du traitement. Journ. méd. français. 15. Oct.
196. Derselbe et Vernes, A., Réinfection syphilitique chez deux sujets guéris par le salvarsan. Bull. de la Soc. de Dermatol. p. 353.
197. Jödicke, P., Bromnatrium oder -kalium? Medizin. Klinik. No. 15. p. 569.
198. Derselbe, Die Bewertung kochsalzarmer und kochsalzreicher Nahrung für die Therapie der Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 3. p. 319.
199. Jorgensen, A., Tödtliche Arsenikvergiftung bei Behandlung von Gehirnsyphilis (Dementia paretica) mit Salvarsan. Mediz. Klinik. No. 10.
200. Joseph, D. R., Action of Salvarsan on the Irritability of Nerve and Muscle. Journ. of Experim. Medicine. June.
201. Juarros, César, Le „606" en neurologie. Arch. españ. de Neurol. T. II. No. 1. p. 21—27.
202. Juliusburg, Max, und Oppenheim, Gustav, Spastische Spinalerkrankung bei Lues nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1558.
203. Juliusburger, Otto, Adalin bei Entziehung von Morphium und Alkohol. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 43. p. 1989.
204. Kabisch, C., Erfahrungen mit Eleptin in der Praxis. Moderne Medizin. No. 9. p. 215.
205. Kahl, A., Über Salvarsantherapie bei Lues cerebri. Zusammenstellung und Besprechung bisher beobachteter Fälle. Inaug.-Dissert. München.
206. Kalischer, S., Über Adalin, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Neurolog. Centralbl. No. 1. p. 12.
207. Kallenbach, M., Kasuistischer Beitrag von 5 Fällen von Akustikusaffektion nach Salvarsan. Inaug.-Dissert. Strassburg.
208. Kannegiesser, Zur Kasuistik der Todesfälle nach Salvarsanbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1806.
209. Katzenelson, Dina, Über die Wirkung gleichzeitig gegebener Narcotica der Fettreihe bei subcutaner Injektion. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. 8. H. 3. p. 555.
210. Kempner, A., Das neue Sedativum und Hypnoticum Adalin. Neurolog. Centralbl. No. 6. p. 309.
211. Derselbe, Durch Salvarsan wesentlich gebesserter Fall von Lues spinalis. ibidem. p. 882. **(Sitzungsbericht.)**
212. Klausner, E., Über Albuminurie nach Veronalintoxication. Klinisch-therapeutische Wochenschrift. No. 7.
213. Klieneberger, O. L., Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Berlin. Klin. Wochenschrift. No. 8.
214. Klingmüller, Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschrift. No. 41. p. 2145.
215. Knauer, G., Technik der intravenoesen Salvarsan-Injection. Münchener Mediz. Wochenschrift. No. 34.
216. Knick, Artur, Doppelseitige Neuritis cochlearis bei rezenter Lues nach Salvarsan. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 4. p. 413.
217. Kobrak, Erwin, Das Sedativum und Hypnoticum Adalin in der Kinderpraxis unter Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit bei der Therapie des Keuchhustens. Medizin. Klinik. No. 43. p. 1660.
218. Köcher, Casuistische Beiträge zur Novozontherapie. St. Petersburger Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 77.

219. Kochmann, Die Toxizität des Salvarsans bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 580.
220. König, H., Klinische Versuche mit Adalin als Sedativum und Hypnoticum. Berliner Klin. Wochenschrift. No. 41.
221. Konried, A., Zwei Fälle von Jodfieber. Medizin. Klinik. No. 26. p. 998.
222. Krausz, Sigmund, Erfahrungen mit Salvarsan. Der Militärarzt. No. 22. p. 241.
223. Kreibich, C., Salvarsan. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 1.
224. Kromayer, Chronische Salvarsanbehandlung der Syphilis. Deutsche Medizinische Wochenschrift. No. 34.
225. Krumbein, Reinhard, Über Miterkrankung des Vestibularapparates und Salvarsanbehandlung bei Labyrinthitis. Beitr. z. Anat. etc. d. Ohres etc. Bd. V. H. 3. p. 181.
226. Lapersonne, de, Le 606 et les maladies des yeux. Gaz. des hopitaux. p. 50. **(Sitzungsbericht.)**
227. Lee, Le Pantopon. Thèse de Genève. 1910.
228. Lengfellner, Karl, Ergebnisse der Eisen-Arsentherapie. Moderne Medizin. No. 9. p. 209.
229. Lesser, F., Hyperideal und Salvarsan. Berliner Klin. Wochenschrift. No. 23.
230. Derselbe, Zur Wirkungs- und Anwendungsweise von Salvarsan. ibidem. No. 4.
230a. Leven, Bemerkung zu der Arbeit „Weitere Erfahrungen mit Salvarsan" von Prof. Erich Hoffmann und Dr. Josef Jaffé in No. 29 dieser Wochenschrift. Dtsch. mediz. Wochenschrift. No. 35. p. 1607.
231. Linke, Adalin. Therap. Neuheiten. 1910. V. 553—555.
232. Lion, M., Ueber Arsenocerebrin, ein spezifisches Heilmittel gegen Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. p. 1420.
233. Loeb, Oswald, und Velden, Reinhard v. den, Über die Grundlagen der internen Therapie mit Jodfettsäurederivaten. Therapeut. Monatshefte. April. p. 209.
234. Lomonosoff, Sophie, Über die Beeinflussung der Wirkung narcotischer Medicamente durch Antipyretica. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. VIII. H. 3. p. 566.
235. Lowinsky, Julius, Das Anwendungsgebiet des Adalins. Therapeut. Monatshefte. Mai. p. 240.
236. Magnus-Alsleben, E., Verhalten anorganischer und organischer Brompräparate im Tierkörper. Münchener Medicin. Wochenschrift. No. 24.
237. Maier, Hans W., Zur Frage der Alkoholordination. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 4. p. 126.
238. Makrocki, Doppelseitige Akkommodationslähmung nach Salvarsan. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. p. 1417.
239. Mann, Curt, Ein schwerer Zufall nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1672.
240. Mannheimer, Edmund, Ueber Heilung scheinbar inoperabler Wirbelsarkome durch Arsentherapie. Beitr. zur. klin. Chirurgie. Bd. 72. H. 3. p. 741.
241. Manuel, Alexander, and Bayly, Hugh Wansey, A Review of Treatment by „606" or Salvarsan. The Practitioner. June. p. 772.
242. Marcus, Henry, Die Salvarsan-Behandlung bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Münchener Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 76. und Upsala Läkaref. Förhandl. Ny Följd. Sextonde Häfted. p. 303.
243. Marcuse, Julian, und Woerner, Bernardine, Die fleischlose Küche. Eine theoretische Einleitung und ein praktisches Kochbuch. München. Ernst Reinhardt.
244. Marie, A., Le véronal sodique en neurobiologie. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 6. p. 390.
245. Derselbe, Note sur l'application de l'arséno-benzol au traitement des troubles nerveux et cérébraux dans la syphilis et surtout de la parasyphilis. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 1. p. 13.
246. Derselbe, De l'emploi du dioxydiamidoarsenobenzol dans la parasyphilis. Médecin prat. 1910. VI. 821—823.
247. Marinesco, G., Sur quelques résultats obtenus par le „606" dans le traitement des maladies nerveuses. La Presse médicale. No. 8. p. 65.
248. Marshall, C. F., Remarks on the Treatment of Syphilis with Dioxy-Diamido-Arsenobenzol. („606".) The Lancet. I. p. 501.
249. Martius, K., Todesfälle nach Salvarsaninjection bei Herz- und Gefäßkrankheiten. Münchener Medizin. Wochenschrift. No. 20.
250. Mattauschek, Emil, Die Erfolge der Salvarsanbehandlung bei Nervenkrankheiten. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 5. p. 697.
251. Mayer, H., Technische Feinheiten bei der Salvarsan-Infusion. Berl. klin. Wochenschrift. No. 37.




252. Mayerhofer, Ernst, Über die günstige therapeutische Beeinflussung eines chronischen Falles von schwerer Chorea minor im Kindesalter durch Salvarsan. Wiener klin. Wochenschr. No. 27. p. 976.
253. Mc Alester, A. W., Blindness Following Administration of Organic Arsenic. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Oct.
254. Mc Kenna, C. Hugh, A Report on the Therapeutic Efficiency of Salvarsan. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 11. p. 801.
255. Meltzer, S. J., Beschleunigte Resorption aus den Lendenmuskeln und Verwendbarkeit dieser Muskeln für die Injection von Salvarsan. Berliner Klin. Wochenschrift. No. 10.
256. Meyer, Georg, Sammelreferate der Arbeiten über Ehrlich „606", die in der Zeit vom 1. Dezember 1910 bis 1. Januar 1911 erschienen sind (s. Kapitel XIV. p. 102. 217.). Folia Serologica. Bd. VII. H. 1—3. u. ff.
257. Meyer, Hans H., und Gottlieb, R., Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzneibehandlung. II. Auflage. Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg.
258. Meyer, Ludwig, Arsenzoster nach intravenöser Salvarsaninjektion. Medizin. Klinik. No. 3. p. 106.
259. Meyer, Margarete, Psychische Wirkungen von Brom und Chlor. Epilepsia. Vol. 3. No. 1. p. 1.
260. Meyer, Max, Veronal bei gastro-intestinalen Störungen. Mercks Archives. Jan.
261. Minor, L., Vorläufiger Bericht an S. Exzellenz den Wirkl. Geh. Rat Herrn Prof. P. Ehrlich über 15 mit Salvarsan behandelte Fälle von syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Neurol. Centralbl. No. 14. p. 770.
262. Mittler, Karl, und Biscup, Lorenz, Praktische Erfahrungen mit Pantopon. Die Therapie der Gegenwart. No. 8. p. 383.
263. Moerchen, Friedrich, Ueber Gelonida, eine neue Tablettenform, und ihre Verwendung bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. No. 52. p. 2342.
264. Mohr, R., Nierenschädigungen durch Salvarsan. Mediz. Klinik. No. 16.
265. Mollard, J., Sur l'utilité d'un traitement très prolongé par les injections mercurielles dans certaines syphilis nerveuses subaigues ou chroniques. Revue de Médecine. No. 10. p. 524.
266. Derselbe et Dufourt, A., Sur un cas de méningite syphilitique aiguë à forme spinale du début de la période secondaire. Traitement par le 606. Guérison. Lyon médical. T. CXVI. p. 338. **(Sitzungsbericht.)**
267. Moore, R., Belladonna Treatment for Drug and Alcohol Addiction. Southern California Practitioner. July.
268. Moriyasu, K., Erfahrungen über die Salvarsan-Behandlung der luetischen Nervenerkrankungen. Neurologia. Bd. X. H. 8—10. Japanisch.
269. Morley, W. H., Scopolamin and Morphin. Journ. of the Michigan State Med. Soc. Jan.
270. Mucha, Viktor, Die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. No. 27—28. p. 963. 1012.
271. Müller, Hugo, Jetzige Indikationsstellung für Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschrift. 1912. p. 56. **(Sitzungsbericht.)**
272. Müller, Paul, Über Jodozithin. Ein neues Jod-Lezithin-Eiweisspräparat. Zentralbl. f. die ges. Therapie. No. 8. p. 395.
273. Murphy, W. J., Therapeutic Uses of Chloral Hydrate. Amer. Medicine. Nov.
274. Nerking, J., Lecithin und Lecithinpräparate. Allg. mediz. Centralzeitung. No. 46. p. 631.
275. Neu, Maximilian, Über Infusion von Suprarenin-Kochsalzlösungen. Kritisches Referat, an der Hand eigener Erfahrungen. Leipzig. J. A. Barth.
276. Neubauer, A., Nach Salvarsaninjektion sich einstellende vollkommene Taubheit. Budapesti Orvosi Ujság. 9. 311.
277. Neuberg, C., Jodocitin. Therapie der Gegenwart. No. 8.
278. Neuhaus, Martin, Erfahrungen mit Salvarsan, speciell bei Lues des Zentralnervensystems. Münch. Mediz. Wochenschr. N. 18. p. 955.
279. Neumann, Salvarsanschädigung des Vestibularapparates. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1407. **(Sitzungsbericht.)**
280. Nonne, Über Wert und Bedeutung der modernen Syphilistherapie für die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. Neurol. Centralbl. p. 1185. **(Sitzungsbericht.)**
281. Noorden, C. von, Veronal. Therapie der Gegenwart. No. 6.
282. Nothafft, v., Zur Frage der Gefahr endovenöser Einspritzung saurer Lösungen von Salvarsan, nebst Bemerkungen über die Technik der endovenösen Injection. Deutsche Medizinische Wochenschrift. N. 5.
283. Oberholzer, Emil, Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 50. p. 2672.
284. Odstreit, Merjodin. Klinisch-therapeutische Wochenschrift. No. 22.



285. O'Gwynn, J. Coleman, Eye Lesions and Salvarsan. Medical Record. 1912. Vol. 81. p. 45. (Sitzungsbericht.)
286. Ohlemann, Zur Jodbehandlung bei der Basedowschen Krankheit. Berliner klin. Wochenschr. No. 9. p. 385.
287. Oppenheim, M., Fall von frischem, makulo-papulo-pustulösem, syphilitischem Exanthem und kompletter rechtsseitiger Fazialisparalyse nach Behandlung mit Salvarsan. Wiener klin. Wochenschr. p. 184. 258. (Sitzungsbericht.)
288. Ossipow, V. P., Zur Frage über die Behandlung der Ischiasfälle mit Injektionen von abgekühlter Kochsalzlösung. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXX. H. 1. p. 54. u. Neurol. Bote (russ.) 18. 40.
289. Patschke, F., Die Behandlung der Arteriosklerose des Zentralnervensystems mit Tiodine. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 33. p. 1513.
290. Pélissier, André, L'emploi du 606 dans les affections du système nerveux d'origine syphilitique. L'Encéphale. 2. S. No. 7—8. p. 61. 134.
291. Pelz, Über das neue Sedativum und Hypnoticum „Adalin". Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 4. p. 515.
292. Piersig, A., Styptol bei Pollutionen. Zeitschr. f. Urologie. Bd. V. H. 11. p. 927.
293. Poór, F., Gehörstörungen nach der Anwendung des Salvarsans. Gyógyászat. 51. 4.
294. Pussep, L. M., Ueber die Behandlung von Neuralgien mittels Einspritzungen von Alkohol in den Nervenstamm. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 2. p. 691.
295. Rappoport, Chassia. Ueber die Opium-Urethancombination. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. IX. H. 1. p. 39.
296. Raschkow, H., Beitrag zur Ungiftigkeit des Adalins. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2294.
297. Derselbe, Das Sedativum und Einschläferungsmittel Adalin. Medizinische Reform. Jahrgang 19.
298. Ravaut, Paul, Sur un type spécial d'accidents nerveux et cutanés survenant brusquement trois à cinq jours après la seconde injection de „606". Leur rapport avec l'anaphylaxie. Gaz. des hôpit. p. 1892. (Sitzungsbericht.)
299. Derselbe, 606 et mercure. Tribune médicale. No. 10. Oct.
300. Derselbe, et Cain, Les accidents et les contre-indications du „606". Journal méd. français. 15. Oct.
301. Ravogli, A., Shields, E. H., and Tauber, E. B., Eight Patients with Syphilis and Parasyphilitic Affections Treated with Salvarsan. Lancet-Clinic. Febr. 11.
302. Regensburg, J., Meine Erfahrungen mit Bromural-Knoll. Zentralbl. f. die ges. Therapie No. 12. p. 617.
303. Rehm, Adalin, ein neues Sedativum. Die Therapie der Gegenwart. No. 4. p. 164.
304. Reissert, Salvarsan und Auge. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 38. p. 1744.
305. Renzi, E. De, e Masucci, U., Nota terapeutica sul pantopón. N. riv. clin. terap. XV. 57—64.
306. Rindfleisch, W., Ischiadicuslähmung mit Entartungsreaction nach intramusculärer, schwerer Collaps nach subcutaner Injection von Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 25.
307. Rissom, Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan (606 Ehrlich). Medizin. Klinik. No. 11. p. 412.
308. Robertson, George M., The Continoous Administration of Sulphonal; its Dangers and the Precautions to be Adapted. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 273.
309. Rodolico, L., Ricerche sperimentali sul pantopon. Gior. internaz. d. sc. med. 1910. n. s. XXXI. 673—681.
310. Roemer, C., Untersuchungen zur Pharmakologie des Veronals. I. Teil. Allgemeine Symptomatologie und Dosierung. Arch. f. exp. Pathologie. Bd. 66. H. 4.
311. Rosenbaum, M., A Preliminary Report of the Effect of Salvarsan on Syphilitic and Metasyphilitic Affections of the Eye and Upon the Apparently Healthy Eyes of Syphilitics. Medical Record. Vol. 80. No. 4. p. 177.
312. Rosendorff, Über Erfahrungen mit Vasotonin. Therapeut. Monatshefte. Heft 3. p. 148.
313. Rosenwasser, C. A., Obliteration of Craving for Narcotics. American Medicine. May.
314. Sachartschenko, M., Die Behandlung der Erkrankungen des Nervensystems mit Salvarsan. 1. Vers. russ. Verb. d. Irrenärzte in Moskau. 4.—11. Sept.
315. Saenger, Alfred, Über Neurorezidive nach Salvarsan. Neurolog. Centralbl. No. 14. p. 796.
316. Salomonski, M., Über die sedative Wirkung des Adalins bei sexueller Neurasthenie und anderen Geschlechtskrankheiten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 14. p. 637.
317. Sanz, E. Fernandez, El Salvarsan (606 de Ehrlich-Hata) en neurologia. Conclusiones de una ponencia ante la Academia Médico-Quirúrgica Española. (sesión del 20 de Marzo de 1911). El Siglo Medico. p. 289.



318. Derselbe, Dos casos de sifilis de los centros nerviosos tratados por el salvarsán. Archivos españoles de Neurologia. 2. 177.
319. Saradschian, Alexander, Über die gegenseitige pharmakologische Beeinflussung zweier Narkotika der Fettreihe bei intravenöser Injektion. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. VIII. H. 3. p. 536.
320. Sarvonat, A., et Crémieu, R., L'association du régime déchloruré avec les traitements bromuré et joduré. Etude clinique et expérimentale. Revue de Médecine. No. 10. p. 762.
321. Schamberg, Jay Frank, Neuritis und Salvarsan. Journ. of Americ. Assoc. 20. Mai.
322. Derselbe, The Cause of Inflammation of Cranial Nerves After the Use of Salvarsan. A Plea for the Intravenous Method. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 20. p. 1433.
323. Schattenstein, J., Zur Lehre von der Wirkung des Vasotonins. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 15.
324. Scheffler, Les médicaments en clinique. Les Vaso-constricteurs. Journal de Médecine de Paris. No. 26. p. 517.
325. Derselbe, Les médicaments en clinique. Les somnifères. ibidem. No. 51. p. 991.
326. Scheidemantel, E., Klinische Erfahrungen mit Adalin, einem neuen bromhaltigen Sedativum und Hypnotikum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 8. p. 407.
327. Schepelmann, Emil, Zur Technik der Kochsalzinjektionen bei Ischias. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 3. p. 430.
328. Scherschmidt, Zur Behandlung der Schlafkrankheit mit Arsenophenylglyzin. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 292.
329. Schiele, W., Beobachtungen über die Wirkung des „606" resp. Salvarsan bei Syphilis. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 33. p. 359.
330. Schlick, Adolf, Die Wirkung des Chlorkalziums bei Fluornatriumvergiftung, nebst Versuchen über seine Wirkung bei Morphin- und Chloralhydratvergiftung. Inaug.-Dissert. München.
331. Schmelz, J., Die Jod- und Arsentherapie bei Tabes. Wiener mediz. Wochenschr. No. 52. p. 3311.
332. Schmidt, Theodor, Erfahrungen über die Anwendung und Wirkung des Salvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 848.
333. Schnaudigel, Ehrlich-Hata 606 in der Augenheilkunde. Arch. f. Augenheilk. Bd. LXVIII. H. 3. p. 212. u. Arch. of Ophthalmol. May.
334. Schreiber, Rückblicke und Ausblicke auf den heutigen Stand der Salvarsantherapie. Neurol. Centralbl. p. 572. (Sitzungsbericht.)
335. Schwarz, Eduard, Ueber Tabes und Lues cerebri und ihre Beeinflussung durch Salvarsan. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 49.—50. p. 561. 569.
336. Seel, Eugen, und Friedrich, Albert, Über die Ursachen ungleichmässiger und minderwertiger Wirkung einiger Arzneien, besonders bei der Verordnung in Tabletten. Medizin. Klinik. No. 24. p. 927.
337. Seemann, Antodyne, ein sedatives Anaestheticum. Zeitschr. f. Krankenpflege. August. p. 254.
338. Derselbe, Nährmittel bei Krankheiten des Nervensystems. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 6. p. 52.
339. Seidel, E., Beitrag zur Frage der Salvarsanwirkung auf luetische Augenleiden. Archiv f. Ophthalmologie. Bd. LXXIX. H. 2. p. 329.
340. Sellei, Josef, Über einige Nebenwirkungen des Salvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 351.
341. Derselbe, Thyreoiditis acuta nach Gebrauch von Jodkali. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 12. p. 549.
342. Sicard, J. A., „606" et méningotropisme. La Province médicale. No. 45. p. 455.
343. Derselbe et Bloch, Marcel, Traitement de la syphilis nerveuse et de la parasyphilis nerveuse par l'arsenobenzol. Gazette des hôpitaux. 1912. No. 1. p. 8. (Sitzungsbericht.)
344. Dieselben, Traitement du tabes et de la syphilis nerveuse par l'arsenobenzol. Technique et résultats. ibidem. p. 909. (Sitzungsbericht.)
345. Simon, E., Zur ambulanten Behandlung der Syphilis mit kleinen Salvarsandosen. Berliner klin. Wochenschr. No. 39.
346. Singer, Kurt, Behandlung nervöser Störungen (besonders des Schlafes) mit Adalin. Die Therapie der Gegenwart. No. 4. p. 190.
347. Sluder, Greenfield, The Phenol (Carbolic Acid) Injection Treatment for Sphenopalatine Ganglion Neuralgia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 27. p. 2137.
348. Solmsen, Mitteilung zu dem Aufsatze „Zwei Fälle von Jodfieber" in No. 26 dieser Wochenschrift. Medizin. Klinik. No. 37. p. 1423.
349. Stern, Carl, Ein weiterer Fall von Augenmuskellähmung nach Salvarsan. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 1. p. 15.



350. Sternberg, Wilhelm, Alkoholische Getränke als Hypnotica. Die Therapie der Gegenwart. Dez. p. 543.
351. Stühmer, A., Salvarsanbehandlung luetischer Neurorezidive. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2772. **(Sitzungsbericht.)**
352. Stümpke, G., und Siegfried, P., Über das Verhalten des Salvarsans im Organismus. Deutsche Medizinische Wochenschr. No. 41.
353. Sugár, K., Ein Fall von Acusticuserkrankung nach Injektion der Ehrlichschen Präparates. Orvosi Hetilap. 55. No. 6. p. 84.
354. Sulzer, Fage, Richou et Ettinger, Mlle, Accidents oculaires, auditifs et méningés chez une malade traitée par le Salvarsan et le mercure. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 9. p. 404.
355. Takeda, Untersuchung über das Bromural in bezug auf seine Verteilung und Zersetzung im tierischen Organismus. Arch. intern. de pharmacodynamie et de thérap. Bd. 21. p. 204.
356. Taptas, N., Les injections d'alcool dans le ganglion de Gasser à travers le trou ovale. La Presse médicale. No. 80. p. 798.
357. Tomaschny, Pantopon in der Psychiatrie. Neurol. Centralbl. No. 3.
358. Topp, Rudolf, Ueber Nucleogen. Allg. Mediz. Central-Zeitung. No. 43. p. 589.
359. Torday, A. v., Die mit Salvarsan erreichten Resultate. Berliner klin. Wochenschr. No. 7. p. 294.
360. Traugott, Richard, Erfahrungen mit einem neuen Hypnotikum (Adalin) in der ambulanten Praxis. Berliner klin. Wochenschr. No. 7. p. 300.
361. Treupel, G., Die Salvarsan-Therapie bei Lues des Zentralnervensystems, bei Tabes und Paralyse. Dstch. mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1012.
362. Derselbe und Levi, A., Die klinische Prüfung des Dioxydiamidoarsenobenzol, „Salvarsan" genannt. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 5 u. 6.
363. Trimble, William B., Impressions as to the Value of Salvarsan (Ehrlich-Hata 606). Medical Record. May. p. 814.
364. Trömner, 2 Fälle von Polyneuritis luetica nach Salvarsan. Neurolog. Centralbl. p. 827. **(Sitzungsbericht.)**
365. Trotain, Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'opium et des nouvelles préparations. Thèse de Paris.
366. Tschernogubow, N. A., Weitere Beobachtungen über die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis. Monatshefte f. prakt. Dermatol. Bd. 53. H. 2. p. 59.
367. Valentin, F., Salvarsan und Acusticus. **Sammelreferat.** Internat. Centralbl. f. Ohrenheilk. Bd. IX. H. 11—12. p. 489.
368. Villa, S. de, Contributo alla cura della corea col salvarsan (606). Gazz. internaz. di med. XIV. 544.
369. Vogt, H., Bemerkungen über die Anwendung des Salvarsans in der Neurologie. Neurol. Centralbl. No. 14. p. 787.
370. Voigt, J., Einige Erfahrungen über Pantopon (Sahli) und eine Beobachtung von Pantoponvergiftung. Therapeut. Monatshefte. No. 10. p. 601.
371. Vorschulze, Epilepsie und Eleptin. Über einige Fälle von Epilepsie, behandelt mit Eleptin. Allg. Mediz. Centralzeitung. No. 39. p. 535. u. Laboratorium für Therapie.
372. Voss, M., Schwere acute Intoxication nach intravenöser Salvarsan-Injection. Münch. Medizin. Wochenschr. No. 44.
373. Waele, de, Sur la médication de l'amblyopie nicotinique par la lécithine. Bull. de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 1. p. 65. u. Arch. d'Ophthalmol. T. 31. No. 5. p. 308.
374. Waelsch, L., Indication und Wirkung kleinster Salvarsandosen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 47.
375. Waller, H. Ewan, The Influence of Salicylates and Kindred Drugs on Thyroid Activity. The Lancet. II. p. 751.
376. Watkins, W. Warner, Similia Similibus curantur. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 117.
377. Waugh, W. F., When Sedatives are Tonic. New York Med. Journal. Jan. 28.
378. Derselbe, Treating Drug Habitues in their Homes. Therap, Med. XXV (V). 145—159.
379. Derselbe, Herpes Zoster, Acute Poliomyelitis and Zinc Phosphide. Medical Record. Vol. 79. No. 21. p. 958.
380. Wechselmann, W., Über Ausschaltung der fieberhalten Reaction bei intravenösen Salvarsaninjectionen. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 16. 17.
381. Derselbe, Neuere Erfahrungen über intravenöse Salvarsaninjectionen ohne Reactionserscheinungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 28.
382. Derselbe, Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol („Ehrlich-Hata 606"). Mit Vorwort von Prof. Dr. Paul Ehrlich. Berlin. Carl Coblentz.
383. Weiss, Le 606. Gaz. des hôpitaux. p. 7. **(Sitzungsbericht.)**



384. Werther, Neurorezidive nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 10.
385. Westhoff, C. H. A., Salvarsan in der Augenheilkunde. Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene d. Auges. No. 32. p. 261.
386. Westphal, A., Über einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei spinaler Erkrankung (Tabes + Meningitis spinalis syphilitica) mit mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks. Berliner klin. Wochenschr. No. 22. p. 973.
387. Wieland, Heinrich, und Kappelmeier, Paul, Untersuchungen über das Morphin. Annalen der Chemie. Bd. 382. H. 3. p. 306.
388. Wiley, H. W., Bromatotherapy. Monthly Cyclopedia and Med. Bull. July—Nov.
389. Winter, F., Die intravenöse Anwendung des Salvarsans. Sitzungsber. d. neurol. Sekt. d. kgl. ungar. Aerztever. 20. Febr.
390. Wolfram, Ein Beitrag zu der Wirkung des Veronals. Therapeut. Monatsberichte. No. 11.
391. Wolfsohn, Georg. Ueber thyreotoxische Symptome nach Jodmedikation. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 5. p. 207.
392. Wyss, H. v., Der gegenwärtige Stand der Bromfrage in pharmakologischer und klinischer Beziehung. Epilepsia. Vol. II. No. 4. p. 329.
393. Zeelen, Victorie, Ueber die Wirkung combinirter Opiumalkaloide. Zeitschr. f. experim. Pathol. Bd. VIII. H. 3. p. 586.
394. Zeissl, M. v., Über die bisherigen Erfolge der Syphilisbehandlung mit Salvarsan (606) und die Aussicht auf Dauerheilung. Berliner Klinische Wochenschrift. No. 12.
395. Derselbe, Die Salvarsan-Behandlung der Syphilis. — Betrachtungen über die Nomenklatur der Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. No. 40. p. 1785.
396. Derselbe, Neuerliche Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Häufigkeit der Nervenerkrankung durch Syphilis in der Zeit der Anwendung des Salvarsans. Berliner klin. Wochenschr. No. 45. p. 2017.
397. Zieler, Nebenerscheinungen des Salvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 58. (Sitzungsbericht.)
398. Zimmern, F., Über Erfahrungen bei 1900 mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken. Berliner klin. Wochenschr. No. 34.

In der Literatur der medikamentösen Therapie dieses Jahres überwiegt das Interesse für die Salvarsantherapie. Wie bei der allgemeinen Syphilis kann heute wohl auch schon sicher von der Syphilis des Zentralnervensystems wie von den metasyphilitischen Erkrankungen (Tabes, Dementia paralytica) gesagt werden, daß die großen Hoffnungen, die anfangs an dieses Mittel geknüpft wurden, sich nicht erfüllten. Wo im Beginne die Anwendung des Salvarsans als „dringend geboten“ erschien, klingt heute kaum noch ein „erlaubt“ hervor. Bei reiner unkomplizierter Tabes sollen hier und dort Reizerscheinungen, lanzinierende Schmerzen gebessert sein; ein Einfluß auf die degenerative Prozesse selbst wie auf den Verlauf der Krankheit konnte weder in frischen noch in alten Fällen festgestellt werden. Neben Verschlimmerungen und Besserung der einzelnen Symptome wird auch wohl mit Recht der mächtige Einfluß des Mittels auf Ernährung und Allgemeinbefinden, sowie der suggestive Faktor der Injektion gelegentlich hervorgehoben. Bei der progressiven Paralyse sind im großen ganzen die Berichte ungünstig, und namentlich bei Neigung zu Erregungszuständen und Anfällen aller Art sind Verschlimmerungen des Zustandes durch die Salvarsantherapie berichtet und dies selbst dort wo kleinere Dosen 0,2—0,3 intravenös mehrfach angewandt wurden. In jedem Falle kann die Anwendung selbst kleiner Dosen 0,2—0,4 bei Tabes und Paralyse nicht befürwortet werden. — Auch bei den rein syphilitischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks ist die Anwendung des Mittels nicht immer von sicherem Erfolge, und auch hier sind unangenehme Neben- und Nachwirkungen, selbst Todesfälle nicht ausgeblieben. Wo ausgedehnte Herde im Gehirn, Erweichungen, ausgebreitete Gefäßerkrankungen, syphilitische Herzleiden, Arteriosklerose stärkeren Grades, Diabetes, Nephritis oder Hirntumoren vermutet werden, ist die Anwendung des Salvarsans ohnedies zu unterlassen. Wenn hier selbst eine schnelle Wirkung erforderlich ist, wird sie durch Quecksilber und Jod gefahrloser



erzielt. Immerhin wird die Lues des Hirns und Rückenmarks ein therapeutisches Objekt für die Salvarsananwendung abgeben, zumal wenn mehrfache kleine, intravenös applizierte Dosen von 0,2—0,4 verabreicht werden und eine Kombination mit der Quecksilberanwendung stattfindet. Dabei dürfte die Wirkung eine intensivere und raschere sein, als sie mit den bisherigen Methoden erzielt wurde. — Die Frage der Neurorezidive an den Hirnnerven (Optikus, Akustikus, Fazialis, Okulomotorius) ist wohl insoweit geklärt, als es festzustehen scheint, daß diese Affektionen im Sekundärstadium der Lues seit der Salvarsananwendung häufiger auftreten, und daß eine toxische Wirkung des Mittels diese Affektionen auslöst. Wenn sie auch luischer Natur sind und selbst bei der Anwendung von Quecksilber nicht so selten sind, so hat doch die Salvarsananwendung eine auslösende Wirkung, indem sie den Boden für das Auftreten grade dieser luischen Erscheinungen irgendwie ebnet und eben zu keiner sterilisatio absoluta führt. Die Technik der Anwendung des Salvarsans ist wesentlich verbessert; der Mangelhaftigkeit derselben allein sind alle die üblen Neben- und Nachwirkungen des Mittels sicher nicht zuzuschreiben. — Über die Wirkung des Salvarsans bei anderen, nicht luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (Chorea, multiple Sklerose usw.) sind die bisherigen Beobachtungen teils zu gering teils zu wenig kritisch. — Von neuen Jodpräparaten wird Tiodine (als Einreibung) und Jodival empfohlen; gegen einen unvorsichtigen Gebrauch von Jod im allgemeinen und speziell bei Morb. Basedowii wird gewarnt. — Bei der Epilepsiebehandlung wird die Kochsalzentziehung und deren Nutzen von neuem angezweifelt. — Von den Sedativis nimmt die Empfehlung des Adalins, wie dessen Unschädlichkeit zu; in schweren Fällen von Erregung und Agrypnie reicht die Wirkung nicht aus. Auch scheint eine allmähliche Gewöhnung stattzuhaben und Steigerung der Dosis zu erfordern. — Pantopon bewährt sich ebenfalls bei weiterer Prüfung durch seine mehrfachen Vorteile vor Codein, Opium, Morphium. — Bei Veronal wird die Giftigkeit durch experimentelle Versuche erhärtet, und eine gewisse Vorsicht bei längerem Gebrauche großer Dosen scheint am Platze. — Vasotonin scheint für die Erkrankungen des Nervensystems mehr und mehr entbehrlich zu sein. — Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Nucleïnsäure hat die Erwartungen nicht erfüllt. — Die Injektionstherapie bei Ischias und Trigeminusneuralgien bedarf noch weiterer kritischer Erfahrungen.

I. Allgemeines.

Bei der Kombination von Narcotica mit antipyretischen Mitteln konnte **Bürgi** (69) und seine Schüler sich von der neurotischen Wirkung der Antipyretica durch die Berücksichtigung der Dosen überzeugen. Eine Mehrheit von im großen und ganzen gleichartig wirkenden Arzneien löst im tierischen Organismus einen ungewöhnlich hohen, über dem Additionsergebnis der Einzelaffekte liegenden Gesamteffekt aus, wenn die einzelnen Glieder der Medikamentenmischung unter sich verschiedene pharmakologische Angriffspunkte haben.

Bürgi (70) stellte durch eingehende Untersuchungen fest, daß die Wirkung eines Arzneigemisches nicht einer einfachen Addition der Wirkungen seiner Komponenten entspricht, sondern daß die Kombination zweier Medikamente eine Potenzierung ihrer Wirkungen bedingt.

Als Ursachen der ungleichmäßigen Wirkung einzelner Arzneimittel in Tablettenform kommen nach den Untersuchungen von **Seel** und **Friedrich** (336) in Betracht: Ungenügende Reinheit der Substanzen, ungenügender



Gehalt der Tabletten an der ohnehin nicht reinen Substanz, ungenaue Dosierung, unrichtige Aufbewahrung, langes Lagern und schlechte Zerfallbarkeit der Tabletten.

Kurze Übersicht über einige Medikamente, welche **Diehl** (88) in der neurologischen Praxis als günstig befand. Zu ihnen gehören in erster Linie Brom, Arsen, Veronal, Aspirin und Hyoscin.

Mörchen (263) empfiehlt eine neue Tablettenform, die Gelonide Aluminici subacetici, die leichter zerfallen als die bisherigen Präparate. Wie bei den anderen Tabletten ist Trinken von Flüssigkeit nach dem Einnehmen der Tabletten ratsam. Mit Sulfonal gefüllte Gelonidetabletten wirkten schneller als die gewöhnlichen, und die neue Zusammensetzung scheint speziell für die Sulfonalwirkung empfehlenswert zu sein.

Maier (237) schildert einen Fall von Alkoholismus, in welchem ein Alkoholist, der 15 Jahre schon abstinent war, durch die Verordnung alkoholhaltiger Medikamente (Chinawein usw.) unheilbar rückfällig wurde.

II. Salvarsantherapie.

Ehrlich (99) gibt in diesem Vortrag zu, daß er bei Syphilis noch nie eine Therapia magna sterilans schon erreicht zu haben, behauptet habe. Es ist nur das Ziel der Therapie, in einer Behandlungstour von einigen Tagen oder Wochen eine wirkliche Heilung zu erreichen. So ist es möglich, bei der Togoform der Schlafkrankheit, Rekurrens, Frambösie, Kala Azar usw. Die Grundlagen der Chemotherapie werden hier kurz dargelegt.

Ehrlich (102) sucht hier in populärer Weise seine Ansichten über experimentelle Chemotherapie darzulegen und verteidigt sich gegen die Annahme, daß er bei Syphilis eine Therapie magna sterilisans schon erreicht zu haben glaube.

Ehrlich (104) weist darauf hin, daß gewisse schädigende Wirkung des Salvarsans wie Blasenstörungen, Thrombosen, Fieber, Diarrhoen durch andere Umstände (toxische Öydationsprodukte des Salvarsans, alkalische Beschaffenheit, Bakteriengifte des destillierten Wassers) bedingt sein könne. Er gibt sodann einen Überblick über die Folgen der Herxheimerschen Reaktion und der Neurorezidive. Diese Monorezidive der Syphilis sind auf die Sterilisatio fere absolata zu beziehen. Günstige Erfolge hatte Salvarsan auch bei Recurrens, Frambösie, Malaria, Bilharzia. Eine intensive Initialkur, sei es mit Salvarsan allein oder in Kombination mit Quecksilber, ist in frischen Fällen von Lues vorzunehmen. Sechs bis acht Monate muß die Wassermannsche Reaktion genau verfolgt werden. Bleibt dieselbe negativ, so ist eine provokatorische Salvarsaninjektion anzuraten und diese nach etwa weiteren sechs Monaten zu wiederholen. Bei Tabes werden die Erwartungen nicht allzu große sein können.

Ehrlich (105) sucht hier die verschiedenen in der Literatur mitgeteilten Fälle von üblen Neben- und Nachwirkungen, Todesfällen durch Salvarsan teils zu widerlegen, teils zu erklären. Unter bisher fast 30000 behandelten Fällen ist die Zahl derselben relativ gering. Natürlich sind schwere Herz- und Nervenerkrankungen, schwere Kachexien, Diabetes, Nephritis, Tuberkulose als Kontraindikation nach wie vor anzusehn. Die Neurorezidive sind als Ausdruck einer Sterilisatio fere absoluta anzusehn. Salvarsan vereinigt gewissermaßen die Wirkung von Jod und Quecksilber und scheint unentbehrlich zu sein, dort wo immer wieder Rezidive bei Jod- und Quecksilbergebrauch eintreten, bei kongenitaler Syphilis, bei galoppierender Syphilis, bei Rachenaffektionen usw.



Ehrlich (101) wendet sich gegen die Auffassung von Hrdliczka. Die Erscheinungen am Optikus und Akustikus deutet er als syphilitische, die bei rechtzeitiger antisyphilitischer Behandlung vielleicht vermieden werden könnten. Trotz der negativen Wassermannschen Reaktion handelte es sich um eine Syphilis des Zentralnervensystems. Die intramuskuläre Injektion von Salvarsan, besonders nur einmal ausgeführt, ist nicht verläßlich genug.

Lesser (229) glaubt, annehmen zu können, daß das jetzt im Handel befindliche Salvarsan in seiner chemischen Konstitution und in seiner Wirkung von dem vor der Freigabe benutzten Hyperideal verschieden ist. Mit der ersteren konnte er nicht mehr die günstigen Resultate erzielen wie mit dem Hyperideal.

Ehrlich (106) erklärt die Angabe Lessers, daß das Salvarsan nach seiner Freigabe eine Modifikation seiner Zusammensetzung erfahren habe, als in jeder Beziehung unzutreffend. Das in den Handel gelangende Salvarsan unterliegt der biologischen Kontrolle (Dosis tolerata von 0,25 pro kg Maus). Die Methode Lessers, wöchentlich kleine Mengen Salvarsan anzuwenden, erscheint Ehrlich unzweckmäßig.

Lesser (230) nimmt bei der Beurteilung der Wirkung der Salvarsananwendung nur die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion als Maßstab. Die negative Umwandlung der Wassermannreaktion ist der Höhe der Einzeldosis nicht proportional. Salvarsan, in Dosi refracta injiziert, führt am häufigsten zu einem Negativ-, besonders der Wassermannreaktion.

Gennerich (137) konnte nachweisen, daß es in latenten Syphilisfällen mit negativer Serumreaktion durch eine Salvarsaninjektion gelingt, eine positive Schwankung der Serumreaktion zu bewirken, wenn noch Syphilis vorliegt. Alle Abortivfälle bekommen nach 4 Wochen eine positive Schwankung der bis dahin noch negativen Serumreaktion, die um so länger anhält, je weiter die Ansteckung zurückliegt. Auch in latenten Fällen tritt nach Salvarsan eine positive Schwankung der negativen Serumreaktion ein. Der serologische Luesnachweis nach Wassermann ist in den ersten Jahren der Syphilis als durchaus zuverlässig anzusehn.

Gennerich (138) sah durch wiederholt intravenöse Anwendung des Salvarsans Dauerheilungen. Eine gute Salvarsanbehandlung ist zur Vermeidung der Neurorezidive notwendig. Die kombinierte Kalomel-Salvarsanbehandlung ist imstande, jeden Syphilisfall durch eine Kur zu heilen. Die durchschnittlich notwendige Dosis beträgt zirka $2^1/_2$ g.

Henck und **Jaffé** (166) empfehlen neben der intravenösen Anwendung des Salvarsans auch die intragluteale Injektion einer schwach alkalischen, leicht trüben Lösung. Gefährliche oder dauernde Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Kombination von Salvarsan mit Hg bewährt sich bestens. Auch im Tierexperiment war die schnelle Wirkung auf die Spirochäten nachweisbar.

Hoffmann und **Jaffé** (178) befürworten jetzt die mehrfache intravenöse Injektion mit 0,3—0,4; bei schwächeren oder an Hirn-, Herz-, Gefäßsyphilis Leidenden genügt 0,15—0,3 als Dosis. Als Methode wurde die Weintraudsche angewandt. Mitunter treten danach kollapsartige Zustände ein, die bei vorsichtiger Anwendung sich vermeiden lassen. Neurorezidive traten unter 600 Fällen zweimal auf (eine einseitige Neuritis optika und einseitige Fazialislähmung), wobei es sich anscheinend um echt syphilitische Prozesse handelte.

Kromayer (224) rät zur chronischen resp. fortgesetzten fraktionierten Dosierung bei der Salvarsanbehandlung unter Kombination mit Quecksilber. 4—6 Wochen wurden 1,2—3,0 Salvarsan intravenös injiziert, und zwar auf



18 Einzeldosen verteilt. Die Rezidive waren weit seltener als nach anderen Methoden.

Agadschjanz und **Sresnewski** (3) kommen auf Grund klinischer und experimentell-psychologischer Untersuchungen bei 8 Kranken mit Paralysis progr. zu dem Schluß, daß weder der allgemeine psychische Zustand noch einzelne psychische Funktionen unter der Behandlung mit Salvarsan eine Besserung erfahren. Auch der somatische Zustand der Kranken hatte sich nicht wesentlich gebessert. Die W. R. blieb unverändert. (*Kron.*)

Kreibich (223) schreibt die Nervenstörungen nach Salvarsan dem veränderten Präparat zu. Die Erscheinungen am Optikus und Akustikus sind als Luesrezidive anzusehen und Folge der Depotbehandlung. Die intravenöse Behandlung in Kombination mit Quecksilber kann alle Rezidive und unangenehmere Wirkungen verhüten.

Schmidt (332) betrachtet die Syphilisbehandlung mit Salvarsan als die wirksamste und am schnellsten zum Ziele führende; und besonders wirksam ist sie in den Fällen, in denen die bisher angewandten Mittel versagen. Ein großer Vorzug des Mittels liegt auch darin, daß die Infektiosität der Krankheit in kurzer Zeit aufgehoben wird. Die intravenöse Einspritzung ist der intramuskulären unbedingt vorzuziehen. Schmidt gibt zunächst 0,1 und nach zirka 5 Stunden 0,5 intravenös (nach Volhards Methode). Durch die kleine Dosis 0,1 wird eine Reaktion nach der Art der Herxheimerschen ausgelöst, und bei der vorhandenen Hyperämie ist dann die zweite eigentliche Heildosis wirksamer.

Nach **Simon** (345) bewährte sich die ambulante Behandlung mit kleinen fertigen Salvarsandosen in etwa wöchentlichen Zwischenräumen intramuskulär injiziert. Die schädlichen Wirkungen, die nach Infusionen auftreten, werden dadurch ganz vermieden.

Nach **Treupel** und **Levi** (362) ist die Anwendung der Salvarsantherapie bei den metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems jedenfalls erlaubt, wenn auch wesentliche Besserungen von Dauer nicht mehr zu erwarten sein dürften. Die intravenöse Injektion, und zwar die mehrmalige bietet die meisten Aussichten auf Dauererfolg. Doch ist dieselbe bei Herz- und Gefäßkrankheiten gar nicht oder nur mit der größten Vorsicht zu verwenden. Die Nebenwirkungen des Salvarsans sind ohne dauernde Schädigung des Organismus geblieben. In refraktären Fällen empfiehlt sich die Kombination der Salvarsantherapie mit der Quecksilberkur.

v. Tordey (359) berichtet über seine Erfolge mit der Salvarsaninjektion bei 100 Fällen (teils intramuskulär, teils intravenös). Am besten wirkte das Mittel bei tertiärer Lues, bei Hirngeschwülsten luischer Natur. Bei Tabes wurde das subjektive Befinden besser, doch die Krankheit selbst nicht beeinflußt, noch im Fortschreiten gehindert.

Nach **v. Zeißl** (394) kann die Präventiv-Allgemeinbehandlung mit Salvarsan mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine Dauerheilung erzielen. Sicher wirkt Salvarsan am energischsten bei Syphilis, und nur eine weitere längere Beobachtung kann zeigen, inwieweit die Kombination von Salvarsan, Quecksilber und Jod die definitive Heilung der Syphilis begünstigt.

v. Zeißl (395) empfiehlt für die Privatpraxis mehr die intramuskuläre Injektion monazider Lösungen; für die Spitalpraxis eignet sich mehr die intravenöse Infusion. Auch wenn alle Erscheinungen nach der Salvarsanbehandlung geschwunden sind, sei eine Quecksilberjodbehandlung doch noch anzuschließen.

Nach **Zimmern** (398) ist die intravenöse Injektion der intramuskulären und subkutanen überlegen. Dabei sind die Heilungserfolge größer, die Zahl



der Rezidive geringer und die Resorption günstiger. In 2—3 wöchentlichen Intervallen gibt er Wochen lang 0,3—0,5 Salvarsan.

Wälsch (374) versuchte bei schwerer gummöser Lues kleinste Salvarsandosen (0,05) und erzielte nach 7 Injektionen (im ganzen 0,35 Salvarsan) eine völlige Heilung. Schon nach der ersten Einspritzung von 0,05 trat deutliche Reaktion ein.

Jeanselme (192) konnte mit seinen eigenen insgesamt über 16 Fälle aus der Literatur berichten, in denen Salvarsan der Mutter während der Laktation injiziert wurde, um die Syphilis des Säuglings zu beeinflussen. Meist konnten oberflächliche Hautaffektionen durch diese Behandlungsart bei den Säuglingen eingeschränkt resp. beseitigt werden. Doch hat es meist zu einer Verschlimmerung der viszeralen Lues der Säuglinge geführt und ist nicht anzuwenden, wo eine solche vorliegt. Durch Quecksilbereinreibungen konnten die Erscheinungen der Heredosyphilis der Säuglinge beseitigt werden, die durch Salvarsaninjektion der Mutter nicht beeinflußt werden konnten.

Jeanselme und **Touraine** (195) geben hier einen Überblick über die Indikationen und Kontraindikationen, die technische Anwendungsform des Salvarsans. Niere, Nervensystem und Herz sind vor und nach der Injektion zu prüfen und zu kontrollieren. Am besten wirken drei intravenöse Injektionen in Abständen von 8—10 Tagen. Einen Monat nach der letzten Injektion prüfe man auf Wassermannsche Reaktion. Fällt dieselbe positiv aus, so wiederhole man die Behandlung; bei negativem Ausfall kontrolliere man die Reaktion auch ferner alle 3 Monate.

Ravaut (299) empfiehlt zunächst die Kombination der Salvarsantherapie mit der Injektion von Quecksilberzyanür. Nach 2 intravenösen Injektionen von 606 folgen 12 intravenöse Injektionen von Quecksilberzyanür und schließlich noch 2 Injektionen (intravenös) von Salvarsan. Da jedoch schon nach der zweiten Injektion des Salvarsans unangenehme Erscheinungen von seiten des Nervensystems auftraten, läßt er nunmehr auf die erste Injektion von 0,2—0,3 Salvarsan erst 4 intravenöse Injektionen von Quecksilberzyanür folgen, und diesen Zyklus läßt er viermal wiederholen in Abschnitten, die in jedem einzelnen Falle zu bestimmen sind. Mit der kombinierten Salvarsanquecksilberbehandlung erreicht man Resultate, die mit jedem dieser Mittel allein nicht zu erzielen sind.

Corbus (80) schreibt einer Salvarsaninjektion die gleiche Wirkung zu wie einer 4—5 monatlichen Jodquecksilberkur. Wiederholte Gaben könnten den Organismus schädigen. Salvarsan wirkt glänzend, wo Quecksilber und Jod versagen.

Corbus (81) rühmt die Vorzüge einer wirksamen Salvarsanbehandlung, die heutzutage für die Luestherapie unentbehrlich sei. Besondere Schädigungen der Nerven konnte Verf. nicht beobachten.

Goldenberg und **Kaliski** (148) teilen die meist günstigen Resultate der Salvarsanbehandlung einer Reihe von Luesfällen mit.

French (128) macht auf die Gefahren der Salvarsanbehandlung aufmerksam und hebt die entschieden überlegenere Quecksilbertherapie der Lues, welche durch Salvarsan nicht verdrängt werden könne, hervor.

Flemming und **Colebrook** (125) heben die günstigen Wirkungen der Salvarsanbehandlung hervor. Irgendwelche schädlichen Einflüsse konnten nicht beobachtet werden.

Trimble (363) sah wiederholt Rückfälle und Rezidive bei Lues nach Salvarsantherapie. Er hebt den tonisierenden Wert des Mittels besonders hervor. Die Überlegenheit über das Quecksilber hat das Salvarsan nicht in hohem Grade.

Nach **Marshall** (248) hat Arsenobenzol oft nur einen inkonstanten und temporären Effekt. Eine abortive Kur kann durch dieses Mittel nicht erzielt werden. Am meisten indiziert ist es dort, wo Quecksilber und Jod versagen; doch auch hier wirkt es nicht immer mit absoluter Sicherheit.

Methodik und Technik.

Arzt und **Kerl** (10) konnten nachweisen, daß die Verunreinigungen der Kochsalzlösung nicht als Ursache der häufigen Temperatursteigerungen bei intravenösen Salvarsaninjektionen angesehen werden können. Bei Reinjektionsversuchen mit Kochsalzlösung ohne Salvarsan wurde niemals Fieber beobachtet, selbst wenn keine Sterilisation der bereits früher benutzten Salzlösung vorgenommen wurde. Die Ursache muß entweder im Salvarsan oder in individuellen Verhältnissen des Injizierten gesucht werden.

Wechselmann (380) konnte an Fieberkurven von 800 Injizierten zeigen, daß mit Verbesserung der Technik die Fieberreaktion mehr und mehr abnahm, und besonders seitdem die Kochsalzlösung sorgfältiger gekocht und filtriert wurde. Die Fieberreaktion ist nicht als Folge der Auflösung der Spirochäten und der freiwerdenden Toxine anzusehen. Nähere Vorschriften über die Anwendung werden ausführlich gemacht.

Wechselmann (381) konnte durch Anwendung des Salvarsans mit selbstdestilliertem Wasser keinerlei Temperatursteigerungen noch Nebenerscheinungen nachweisen. Er polemisierte gegen Fingers Ansicht, daß die häufigen Nebenerscheinungen auf Arsenintoxikation zurückzuführen seien. Auch die Todesfälle sind nicht als Intoxikationsfolgen anzusehen, sondern als Überempfindlichkeiten bei schwächlichen Menschen. Bei Herzbeschwerden ist Vorsicht mit der Anwendung geboten.

Benario (38) gibt hier neue Ratschläge zur Verbesserung der Technik der Salvarsaninjektion (Doppelkanüle, Apparat zur Asepsis).

Hüfler (182) konnte die fieberhaften Reaktionen bei der intravenösen Salvarsaninjektion vermeiden, wenn man zur Injektion frisch destilliertes Wasser und chemisch reines Kochsalz anwandte.

Mayer (251) erwähnt hier verschiedene technische Maßnahmen, die die Salvarsaninfusion erleichtern und gefahrloser gestalten.

Knauer (215) macht auf eine surrende Vibration der Venenwandung aufmerksam, die man fühlt, solange die Nadel richtig in der Vene liegt.

Resorption und Ausscheidung des Salvarsan.

Beisele (37) nimmt an, daß Salvarsan überhaupt nicht durch den Urin als Salvarsan ausgeschieden wird, sondern im Organismus eine gewisse Umwandlung seiner Konstitution erleidet. Die Methode Abelins des Salvarsannachweises im Urin erscheint dem Verf. anfechtbar.

Nach **Abelin** (1) wird das Salvarsan nach intravenöser Injektion zum Teil unverändert durch den Urin ausgeschieden. Die Ausscheidung beginne fast unmittelbar nach der Einspritzung und dauert in der Regel 5—6 Stunden.

Bernstein (47) wies nach, daß auch bei der intravenösen Injektion die überwiegende Menge des Salvarsans nicht im Blute kreist, sondern in Leber, Niere, Milz, Muskeln deponiert wird. Auch nach subkutaner und intramuskulärer Injektion treten solche Depots ein. Arsen ist noch nach Monaten in den Organen nachweisbar, während es im Urin nur noch nach 3 Wochen nachweisbar ist. Bei graviden Frauen geht das Präparat in die Plazenta, bei stillenden in geringerer Menge in die Milch.

Nach **Jeanselme** und **Touraine** (194) ist Salvarsan nur anzuwenden, wo die blutbildenden und zirkulatorischen Organe unversehrt sind. Die



Ausscheidung des Arsens ist dabei zu kontrollieren durch geeignete praktische Methoden, die es ermöglichen, Messungen vorzunehmen. Bald wird es schnell ausgeschieden und hat zu wenig gewirkt, bald kann es im Organismus zu lange zurückgehalten und deponiert bleiben und dadurch zu intensiv wirken.

In je einem Falle von Polyneuritis und Neuroretinitis nach Salvarsaneinspritzung sahen **Fischer** und **Zernick** (122), daß noch nach $3^3/_4$ und $7^1/_2$ Monaten Arsen ausgeschieden wurde. Dies beweist, daß auch bei der intravenösen Salvarsananwendung eine Deponierung des Arsens in inneren Organen stattfindet; von hier gelangt es allmählich in den Kreislauf und zur Ausscheidung.

Frenkel-Heiden und **Navassart** (129) geben hier Näheres an über die Ausscheidung des Salvarsans durch den Darm und die Nieren sowie über die Deponierung in den Organen.

Meltzer (255) sucht auf experimentellem Wege an Tieren zu erweisen, daß die Lendenmuskeln zum Salvarsan geeigneter sind, eine raschere und anhaltendere Resorption zu gestatten und weniger zur Nekrosenbildung neigen wie die Gesäßmuskeln.

Experimentelle Untersuchungen von **Stümpke** und **Siegfried** (352) beweisen, daß nach der Injektion wahrscheinlich ein großer Teil des Salvarsan sogleich in der Leber deponiert wird. Das Medikament ist noch nach Monaten nachweisbar. Die Nieren scheint es rasch zu passieren. In Lungen und Herz wird es ebenfalls abgelagert, doch nicht in der übrigen Muskulatur. Im Blute fand es sich nur in den ersten 24 Stunden.

Frische und aseptisch hergestellte Kochsalzlösungen lassen auch nach **Hertzmann** (167) die Reaktionserscheinungen bei der Salvarsaninjektion zum Schwinden bringen.

v. Nothafft (282) beobachtete zweimal bei der endovenösen Injektion saurer wie alkalischer Salvarsanlösungen Synkopeanfälle. Dabei spielt die Aufregung des Patienten eine große Rolle. Daher soll der Eingriff möglichst rasch vorgenommen werden. Nach Freilegung der Vene wende man eine weite, nicht zu spitze Nadel an.

Neurorezidive und schädliche Wirkung.

Nach **v. Zeissl** (396) hat Salvarsan keine neurotrope Wirkung. Nerven- und Gehirnerkrankungen kommen seit Anwendung des Salvarsans nicht häufiger vor als früher.

Audry (12) kommt auf Grund seiner Erfahrungen an 210 mit Salvarsan behandelten Fällen zu dem Schluß, daß die sogenannten Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung von dieser ganz unabhängig sind. Sie entstehen nur dadurch, daß Salvarsan angewandt wurde, ohne dabei auch Hg zu verwenden. Die Syphilisbehandlung müsse eine gemischte sein und aus Hg sowohl wie Salvarsan bestehen. (*Bendix.*)

Audry (13) macht darauf aufmerksam, daß bei der Behandlung mit Arsenobenzol häufig Erscheinungen von Neuroreaktion zutage treten, die durch das Manifestwerden latenter syphilitischer Veränderungen zustande kommen. Er führt einen Fall einer syphilitischen schwangeren Frau an, die im sekundären Stadium der Krankheit sich befand, mit latenter Meningitis, und nach der zweiten Salvarsaninjektion eine Parese beider Abducentes bekam. Diese wurde bald durch Hg-Behandlung geheilt. Man müsse also zwischen Neuroreaktion und Neurorezidiv bei der Behandlung mit 606 unterscheiden und bei dem Verdacht auf latent bestehende syphilitische Veränderungen der Behandlung mit Salvarsan eine solche mit Hg vorangehen lassen. (*Bendix.*)



Auch **Werther** (384) teilt Fälle von Neurorezidive nach Salvarsangebrauch mit.

Schamberg (321) berichtet über Neurorezidive nach Salvarsangebrauch. Er glaubt, daß dieselben nach der intravenösen Injektion seltener seien oder nicht vorkommen.

Nach **Sänger**'s (315) Auffassung sind die Neurorezidive nach Salvarsan nichts anderes als Luesrezidive.

Heuser (174) berichtet über 3 weitere Fälle von neurotoxischer Wirkung des Salvarsans. Nach intramuskulärer Einspritzung kann nach $^1/_2$—$^1/_3$ Jahr, nach intravenöser Injektion noch 1—3 Monate lang Arsen im Harn nachgewiesen werden.

Schamberg (322) sieht in der Affektion der Hirnnerven (Optikus, Akustikus, Fazialis, Okulumotoris) nach Salvarsangebrauch einen Ausdruck rezenter Syphilis. Diese Nervenaffektionen treten bisher nur nach intramuskulären und subkutanen Injektionen ein, nicht nach dem intravenösen Gebrauch. Die Erkrankungen des Optikus und Akustikus nach Salvarsan gehe durch wiederholte Anwendung dieses Mittels oder von Quecksilber und Jod wieder fort. Meist treten die Lähmungen 2—3 Monate nach einer Injektion auf; die Kur ist deshalb nicht zu unterbrechen. Die intravenöse Behandlungsweise ist vorzuziehen.

Sicard (342) berichtet über drei nach Salvarsanbehandlung aufgetretene Neurorezidive.

Auch **Desneux** und **Dujardin** (87) erklären die Neurorezidive nach Salvarsan als ausschließliches syphilitisches Produkt und Erscheinungen sekundärer meningitischer Syphilis.

Benario (40) stellt hier die Resultate seiner vielfachen Arbeiten über die Neurorezidive nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung in einem eigenen Werke zusammen. Tabellen und Krankengeschichten geben über die Häufigkeit der Neurorezidive nach Quecksilber und Salvarsan Aufschluß. Sie lehren, daß eine Regelmäßigkeit und Gesetzmäßigkeit bei allen Neurorezidiven besteht, sowohl bei denen nach Hg-Behandlung, wie bei denen nach dem Salvarsangebrauch. Es handelt sich um echt syphilitische Rezidive. Ihr überwiegendes Auftreten in den ersten vier Monaten nach der Salvarsaninjektion mit einem Maximum im zweiten Monat läßt an biologische Vorgänge denken, die an den Entwicklungszyklus der Spirochäten geknüpft sind. 94% der Patienten befand sich im frühen Sekundärstadium. Die zur Injektion verwendeten Dosen waren nach Höhe und Art der Applikation nicht geeignet, die Sterilisatio completa herbeizuführen, und ließen einen Rest der Spirochäten an Orten zurück. wo eine Beeinflussung ihrer Lebenstätigkeit schwer möglich war. Nach Benario ist die toxische Entstehung der Neurorezidive ein für allemal als widerlegt anzusehen. Die Neurorezidive sind durch spezifische Heilmittel auch durch Salvarsan zur Heilung gelangt; sie treten nicht auf, wo von Anfang an energisch genug behandelt wird, und treten nicht mehr auf, wo mit energischer Behandlung eingesetzt wird. Bei keinem einzigen Fall nichtsyphilitischer, aber mit Salvarsan behandelter Affektionen ist bisher ein Neurorezidiv beobachtet worden.

Benario (39) sucht die von Finger beschriebenen bedenklichen Nebenerscheinungen des Salvarsans zwanglos in den Rahmen bekannter syphilitischer Krankheitserscheinungen einzufügen. Es besteht keine toxische neurotrope Wirkung des Salvarsans. Die Therapie der Neurorezidive muß prompt und energisch sein.

Goerlitz (147) verlangt größere Jahre hindurch geführte Beobachtungsreihen über Fälle, die lediglich mit Salvarsan behandelt sind, um diese den



mit Quecksilber und Jod behandelten Fällen gegenüberzustellen. Durch genaue Kontrolle dieser Fälle von Nerven-, Augen- und Ohrenärzten ließe sich vielleicht die Frage von den Neurorezidiven lösen. Die Neurorezidive sind nach Salvarsanbehandlung entschieden häufiger als früher. Die Heilbarkeit der Neurorezidive durch die gleiche Behandlung spricht gegen eine neurotrope Wirkung des Mittels. Es scheint die Syphiliserkrankung an sich durch die Einwirkuug des Salvarsans eine andere Entwicklung anzunehmen, und dadurch entstehen in früherer Zeit bereits Formen, die wir sonst nur in späteren Stadien zu sehen gewohnt waren.

Gennerich (139) befürwortet hier die Anwendung der intramuskulären Salvarsaninjektion in Form einer öligen Emulsion nach Art des hochprozentigen Kalomelöls. Die Reizerscheinungen sind nicht größer als bei den üblichen Kalomelinjektionen.

Gennerich (140) sieht die Nebenwirkungen des Salvarsans in mangelhaften Lösungen und Technik begründet. Die fehlerhafte Beschaffenheit der Injektionsflüssigkeit ist die alleinige Ursache. Oder es handelt sich um Fälle, wo von vornherein eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Mittels vorlag. Im Sekundärstadium der Syphilis leistete die Salvarsanbehandlung nicht das, was man von ihr erwartet. Sicher wirkt hier eine Dauerbehandlung von Kalomel und Salvarsan. Doch kommt man hier unter $2^1/_2$ g Salvarsan kaum aus. Durch eine probatorische Salvarsaninjektion kann eine pathognomische positive Schwankung der Serumreaktion erzielt werden.

Finger (117) sah bei seinen Patienten die Neurorezidive im Primärstadium in 4% der Fälle, im Sekundärstadium in 12 % der Fälle und im Tertiärstadium in 4 % auftreten. Daher kommt er zu dem Schlusse, daß das Sekundärstadium, besonders das frühe, für die Salvarsanbehandlung sich nicht eignet. Salvarsan kann gelegentlich frühzeitig und häufig Erkrankungen des Nervensystems provozieren an Stellen, die unter Quecksilberbehandlung vielleicht geheilt worden wären oder nicht zum Ausbruch gekommen sein würden. Wahrscheinlich tritt durch das Salvarsan eine Affektion der Kapillaren ein und setzt dadurch an geeigneten Stellen einen Locus minoris resistentiae, der zum Angriffspunkt der Spirillen dient. Von 44 Kranken boten 12 nach oder neben den Nervenerscheinungen (Neurorezidiven) nach Salvarsan auch Haut- und Schleimhautrezidive. Dieser Umstand weist auch darauf hin, daß eine vollständige Sterilisierung des Organismus durch Salvarsan nicht eintritt. Die Häufung der Neurorezidive bei mit Salvarsan behandelten Kranken scheint nunmehr zweifellos.

Ravaut und **Cain** (300) fordern hier zu einer rücksichtslosen Mitteilung aller üblen Folgezustände nach der Salvarsaninjektion auf, um dadurch zu einer sicheren Feststellung der Kontraindikationen zu kommen. Sie pflegen die Salvarsantherapie mit der Quecksilberkur so zu verbinden, daß sie beide abwechselnd mehrfach anwenden, indem sie zunächst mit 2 Injektionen anfangen. Man mache jedoch erst dann eine zweite Injektion, wenn die erste mit Nutzen angewandt resp. die Krankheitserscheinungen günstig beeinflußt hat, wenn sie keinerlei üble Nebenwirkung hatte und die inneren Organe (Niere) nicht geschädigt hat.

Mucha (270) schreibt dem Salvarsan eine prompte symptomatische Wirkung gegenüber den Syphiliserscheinungen zu. Was die Energie der Wirkung anlangt, so hat die intravenöse Behandlung dem Jod und Quecksilber gegenüber keine Überlegenheit. Bei der abortiven Behandlung ist mit den alten Methoden und Salvarsan der gleiche Erfolg zu erzielen. Die Neurorezidive sind gerade im primären Stadium bei frühbehandelten Fällen beobachtet. Dieselben treten fast immer 6—8 Wochen nach der Behand-



lung auf. Von 500 Fällen treten dieselben in 44, d. i. 10 %, auf. Dieselben stehen mit der Salvarsananwendung in Zusammenhang insofern, als durch das Salvarsan (Arsen) ein Locus minoris resistentae an den Hirnnerven geschaffen wird, wo die rezidivierende Syphilis nun einsetzt. Wo die spontane Rückbildung ausbleibt und auch die erneute antiluische Behandlung nutzlos ist, dürfte es sich um eine vorwiegende Arsenwirkung handeln. Die Neurorezidive sind jedenfalls starke Schädigungen, die dem Salvarsan irgendwie zuzuschreiben sind.

Die neurotoxischen Eigenschaften des Salvarsans werden von **Géronne** und **Gutmann** (143) bezweifelt oder als sehr geringe angesehen. Bei 13 beschriebenen Fällen von Nervenaffektionen handelte es sich hauptsächlich um Syphilisrezidive. Man muß feststellen, ob eine an die Salvarsanbehandlung sich anschließende Quecksilberbehandlung derartige Neurorezidive verhüten kann.

Finger (118) teilt 3 Fälle von Neuritis optica nach Salvarsaninjektionen mit, die nicht als Neurorezidive angesehen werden dürfen, da sie keine prompte Reaktion auf eine antisyphilitische Therapie zeigten. Auch bei anderen Nervenaffektionen nach Salvarsan handelt es sich nicht um syphilitische Erscheinungen, sondern um toxische Symptome, wie nach anderen Arsenpräparaten. Am gefährlichsten scheint die Methode der subkutanen und intramuskulären Anwendung zu sein; doch auch nach der intravenösen Injektion wurden Nervenstörungen beobachtet.

Jansen (190) sah nach einer Injektion von 0,4 Salvarsan 4 Stunden nach der Injektion heftiges Flimmern vor den Augen, das er auf eine Optikusreizung zurückführt.

Hirsch (175) sah in einem Falle von Tabes mit Sehnervenerkrankung durch die Ehrlich-Hatasche Injektion eine wesentliche Rückbildung des Prozesses; in einem anderen Falle konnte die günstige Wirkung der Injektion auf luische Gefäßwanderkrankungen am Augenhintergrund festgestellt resp. kontrolliert werden.

Birch-Hirschfeld und **Köster** (52) beobachteten zwei Fälle von Sehnervenerkrankungen nach Atoxylgebrauch, einfache Sehnervenatrophie, bei der die Pupillarreaktion noch lange erhalten bleibt. Das Atoxyl besitzt eine besondere Affinität zu dem Sehorgan; es führt zu degenerativen Veränderungen in Sehnerv und Netzhaut.

Rosenbaum (311) sah gute Resultate von Salvarsan bei tertiären Erscheinungen des Uvealtraktus. Bei gesunden Augen Syphilitischer wirkt es nicht schädlich. Bei syphilitischer Optikusatrophie wie bei allen metasyphilitischen Erkrankungen des Auges versagt Salvarsan.

Cohen (79) beobachtete zwei Fälle von Neuritis optica nach Salvarsaninjektion. Die Fälle charakterisierten sich besonders durch den Befund des Gesichtsfeldes als toxische.

Dolganoff (93) schließt sich der Ansicht derjenigen Autoren an, die einen schädlichen Einfluß des Arsenobenzols auf das Auge leugnen, wenigstens in den Fällen, in denen es in den üblichen Dosen zur Anwendung kommt.

Davids (85) beobachtete nach Salvarsaninjektion eine echt luische Iritis an beiden bisher gesunden Augen. Diese luischen Erscheinungen an vorher gesunden Augen beruhen darauf, daß die Injektionen nicht stark genug sind. Die rezidivierende Iritis ging hier durch eine zweite intravenöse Injektion prompt zurück.

Salvarsan wirkt nach **Flemming** (124) auf das Auge namentlich in den Fällen günstig, in denen eine schnelle Hilfe not tut, und wo Quecksilber und Jod versagen. Als ein Allheilmittel bei der Augensyphilis hat es sich nicht bewährt. Schädigende Wirkungen auf das Auge sind in keinem Falle

hervorgetreten. Die diesbezüglichen Angaben sind als Symptome der Lues aufzufassen, die auch ohne Injektion aufgetreten wären.

Falta (112) rät, bei Sehnervenleiden nur dann zur Anwendung von Salvarsaninjektionen, wenn die Quecksilberjodbehandlung versagt; bei erkrankten Sehnerven ist die Anwendung nicht ohne Gefahr.

Frische luische Augenerkrankungen (Keratitis parenchymatosa, Iritis) wurden durch Salvarsan nach **Seidel** (339) günstig beeinflußt.

Schnaudigel (333) sah von dem Salvarsan bei Lues der Augen gute Resultate; auch die syphilitische Neuritis heilt beim Salvarsangebrauch.

Reißert (304) beobachtete bei einem Manne, nach zweifacher Injektion von 0,4 und 8 Wochen später 0,5 Salvarsan subkutan eine Neuritis optica mit Kopf- und Gesichtsschmerzen. Während letztere unter Quecksilber und Jod zurückgingen, erblindete das Auge völlig. Die Augenaffektion wird als Luesrezidiv angesehen, das unter der Wirkung des Salvarsandepots ungünstig beeinflußt wurde. Intravenöse Injektionen seien vorzuziehen.

Krumbein (225) berichtet über 5 Fälle von Erkrankungen des Labyrinthapparates bei Lues, die mit Salvarsaninjektionen behandelt wurde. In einigen Fällen besserte sich die Kochlear- und Vestibularfunktion. In anderen Fällen besserte sich die Kochlearfunktion, während die Vestibularfunktion unverändert oder schlechter wurde; in anderen war Salvarsan ohne Einfluß auf beide.

Die nach Salvarsaninjektion auftretenden Affektionen des Akustikus kommen nach **Haike** und **Wechselmann** (157) nur indirekt durch das Mittel zustande, und zwar nur an den Stellen, wo Spirochäten liegen, die ohne Anregung des Arsenobenzols zu einer späteren Zeit die gleichen Erscheinungen hervorrufen würden. Die Symptome gehen meist ohne oder unter fortgesetzter antiluetischer Behandlung zurück.

Beck (26) teilt hier zwei weitere Fälle mit von Ertaubung nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Eine sofort eingeleitete energische Quecksilberkur brachte keine Besserung der Taubheit.

Sugár (353) demonstriert einen 22 jährigen Mann, bei welchem Otosklerose mit relativ gutem Gehör bestand, und bei welchem sich nach Anwendung des Ehrlichschen Präparates eine vollkommene Taubheit einstellte. Verf. erblickt hierin eine direkt nervenschädigende Wirkung des Arsens auf den Akustikus. (*Hudovernig.*)

Poór (293) berichtet über einen Fall, bei dem sich nach der Anwendung von 0,60 Salvarsan, 6 Wochen nach der Anwendung des Mittels, eine starke Herabsetzung des Gehöres an der linken Seite einstellte, später trat Taubheit des linken Ohres ein. Verf. kann die Gehörstörung nur der toxischen Wirkung des Salvarsans zuschreiben. (*Hudovernig.*)

Neubauer (276) publiziert die Krankengeschichte eines 25 jährigen Mannes, der wegen seiner Lues eine Salvarsaninjektion in der Dosis eines halben Grammes erhielt. — Vier Wochen nach der Injektion trat vollkommene Taubheit ein. Verf. kann als Ursache dieser Taubheit nur das Salvarsan betrachten, weil der Ohrenbefund ganz normal war. In diesem Falle wirkte das Salvarsan auf den N. acusticus degenerierend. (*Hudovernig.*)

Félix (114) warnt vor Anwendung des Arsenobenzols in den Fällen, in denen bereits eine Affektion des Gehörnerven oder des Labyrinths vorliegt. Gehör und statisches Verhalten sollten bei jedem Syphilitiker vor der Anwendung des Mittels genau geprüft werden, und falls sie erkrankt sind, muß von der Salvarsantherapie Abstand genommen werden.

Makrocki (238) sah nach einer intravenösen Injektion von 0,6 und nach einer späteren interglutäalen von gleicher Dosis eine doppelseitige



Akkommodationslähmung auftreten, die nach 4 Wochen wieder schwand. Der Verf. führt diese Lähmung auf eine Herxheimersche Reaktion zurück.

In dem Falle von Augenmuskellähmung, den **Stern** (349) beobachtete, schreibt er die Wirkung dem Salvarsan zu, während in zwei früheren, von ihm beobachteten Fällen die Lues Ursache der Augenmuskellähmung war. Stern wendet jetzt statt der subkutanen und intramuskulären nur die intravenöse Methode an.

Berkovits (46) bespricht die bisherigen Erfolge und Resultate der Salvarsantherapie bei Erkrankungen des Nervensystems und kommt zu dem Schlusse, daß das Präparat in der Behandlung der Nervenleiden keinen prinzipiellen Fortschritt bedeutet. In der Neuropathologie soll dasselbe bei syphilitischen Erkrankungen nur auf Grund spezialer und besonderer Indikationen verwendet werden. (*Hudovernig.*)

Rindfleisch (306) beschreibt zunächst eine schwere, noch jetzt nach 8 Monaten bestehende Ischiadikuslähmung nach intraglutäaler Salvarsaninjektion. Der Verlauf war afebril, eine Infektion war auszuschließen und nur eine chronische Läsion des Nerven anzunehmen. In einem anderen Falle traten bei einem 50jährigen Manne nach Injektion von 0,2 Salvarsan schwere Kollapserscheinungen auf, die 2 Stunden anhielten, sich dann besserten.

Fischer (120) beschreibt einen Fall, in dem bei einem $1^1/_2$jährigen Mädchen nach der Injektion von 0,3 Salvarsan eine schlaffe atrophische Lähmung der Beine auftrat (toxische Neuritis). Er hält diese Dosis zu zu groß für Kinder dieses Alters.

Meyer (258) beobachtete nach intravenöser Salvarsaninjektion in 7 bis 8 Tagen das Auftreten eines Herpes zoster der rechten Gesäßhälfte. Auch das intravenös injizierte Salvarsan kreist demnach noch 7—8 Tage im Blut und hat neurotrope Wirkung.

Bettmann (48) beobachtete nach Salvarsaninjektion sowohl einen Herpes simplex wie einen Herpes zoster; diese Affektionen können leicht mit spezifischen Erscheinungen verwechselt werden, sind aber dem Arsenikzoster gleichzusetzen.

Mohr (264) berichtet über 2 Fälle, in denen echte Nephritis bei vorher Gesunden nach Salvarsaninjektion auftrat; im 3. Falle bestand neben akuter Arsenvergiftung nach intravenöser Injektion von 0,48 g Salvarsan eine akute vorübergehende Nierenschädigung.

Bei einem kräftigen Mann, der früher schon einmal einen Anfall mit Zungenbiß gehabt haben soll, sah **Mann** (239) nach intravenöser Injektion von 0,6 Salvarsan einen Anfall von Krämpfen und Bewußtlosigkeit auftreten, der zirka 2 Tage dauerte und mit Temperatursteigerung 39,6 einherging.

Voß (372) beobachtete nach der Injektion von 0,4 Salvarsan recht schwer verlaufende akute Intoxikationen mit heftigen Magendarmstörungen und Kollapsen. Beide Patienten wurden mit dem gleichen Präparat behandelt, so daß diesem Präparate eine außergewöhnlich starke Giftigkeit zugeschrieben werden muß. Keineswegs sollen intravenöse Salvarsaninjektionen ambulant vorgenommen werden.

Marcus (242) hat Salvarsan bei Tabes, Paralyse und syphilitischen Affektionen des Nervensystems angewandt und glaubt nicht nur subjektive Besserungen nach den Injektionen gesehen zu haben, sondern auch objektive Störungen, wie Fazialisparesen, reflektorische Pupillenstarre, Sprachstörungen günstig beeinflußt zu haben. (*Bendix.*)

Juliusburg und **Oppenheim** (202) teilen einen Fall von spastischer Spinalparalyse mit, der im Frühstadium einer Lues nach zwei Salvarsaninjektionen auftrat. Es handelte sich um eine Meningomyelitis luetica, deren



Entstehung durch eine primäre Störung des Nervensystems durch das Salvarsan nicht unwahrscheinlich ist. (*Bendix.*)

Fischer (119) sah bei einem 40jährigen Manne nach der zweiten intravenösen Salvarsaninjektion den Tod durch Encephalitis hämorrhagica eintreten. Fischer hält die Gefahr einer akuten Hirnschwellung besonders nach wiederholter Salvarsaninjektion für größer, als bei einmaliger Injektion und ist deshalb für eine scharfe Kontrolle der Injektionen und eventuell für sedative Behandlung dieser toxisch-anaphylaxieartigen Hirnaffektion. (*Bendix.*)

Jorgensen (199) sah einen tödlichen Ausgang bei einem Manne, der an den Erscheinungen der Hirnlues oder Dementia paralytica litt und 0,5 Salvarsan injiziert erhielt. Der Tod trat am 6. Tage auf nach Prostration, Albuminurie, Glykosurie. In den Muskeln fand sich noch ein Depot unresorbierten Salvarsans. Die Organe waren akut parenchymatös entartet.

Nach **Martius** (249) konnte in 7 Fällen der Tod nach Salvarsan als eine schädigende Wirkung des Mittels auf das Herz angenommen werden. Bei einem von diesen Fällen waren klinisch objektiv wahrnehmbare Veränderungen am Zirkulationsapparat nicht vorhanden gewesen. Aortitis syphilitica, Coronarsklerose, Myokarditis sind Kontraindikationen gegen die Anwendung von Salvarsan.

Bei einem mit 0,6 Salvarsan intraglutäal injizierten Manne beobachtete **Hrdliczka** (180) schwere Störungen des Gedächtnisses, der Psyche, der Sehkraft, Schwindel usw. Das Salvarsandepot in der Glutäalgegend wurde $^1/_4$ Jahr später exzidiert und ergab größere Mengen unzersetzten Salvarsans sowie Arsen. Wegen zunehmender Körperschwäche, Fazialislähmung usw. wurde eine Inunktionskur und Jodkalimedikation vorgenommen. Trotzdem trat nach 9 Tagen der Exit. let. ein. Die Sehnervveränderungen wie die Vestibularisstörungen waren die typischen der Salvarsanintoxikation, der auch der tödliche Ausgang zuzuschreiben war.

Der Fall **Westphals** (386) lehrt, daß durch das Salvarsan eine latente syphilitische Neuritis deutlich in Erscheinung treten könne. Man muß daher in allen Fällen, in denen Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer syphilitischen Erkrankung des oberen Zervikalmarks bestehen, bei der Anwendung des Salvarsans die größte Vorsicht üben und mit sehr kleinen Dosen beginnen. Nur dadurch sind stürmische, ja tödliche, akute Reaktionserscheinungen zu vermeiden. In jedem Falle ist besondere Vorsicht geboten, wo die klinischen Erscheinungen auf eine Erkrankung der Nn. phrenici, Vagi oder anderer lebenswichtiger Nerven und Kerne im Bulbus hinweisen.

Bei einem Patienten **Oberholzers** (283), der 3 Monate nach einer Salvarsaninjektion (0,6) völlig geheilt war, trat im Anschluß an ein Kopftrauma eine syphilitische Zerebrospinalmeningitis auf, die gut abheilte.

Almkvist (7) teilt einen Fall mit, in welchem nach intravenöser Salvarsaninjektion von 0,6 g der Exitus eintrat. Die Sektion ergab eine Encephalitis haemorrhagica acuta.

Jeanselme und **Vernes** (196) beobachteten zwei Fälle von Reinfectio syphilitica nach Salvarsanbehandlung. Um diese zu verhüten, sind die Patienten nach der Salvarsanbehandlung noch lange Zeit zu beobachten und durch die Wassermannsche Reaktionsprüfung zu kontrollieren. Durch geeignete Behandlung und Kontrolle ist bei der primären wie der sekundären Syphilis sehr wohl eine Sterilisation möglich.

Gilbert (144) sah bei einem 9jährigen Mädchen nach Anwendung von 0,2 Salvarsan ein morbillenartiges Exanthem und epileptiforme Anfälle. Im 6. Lebensjahre soll eine syphilitische Konvexmeningitis vorausgegangen sein.



Wirkung bei Lues und Metalues des Zentralnervensystems.

Neuhaus (278) beobachtete durch Salvarsan nie Schädigungen der Sehnerven auch dort nicht, wo schon Erkrankungen der Sehnerven vorlagen. Auch bei Tabes beobachtete er günstige Wirkung auf einzelne Symptome (wie Blasenstörungen); selbst Wiederkehr der Pupillenreaktion beobachtete er. Daher scheint in verzweifelten Fällen auch bei Tabes Salvarsan zu versuchen zu sein und selbst 3—4 mal in Abständen von 4 Wochen.

Pélissier (290) gibt hier eine sehr ausführliche bibliographische und kritische Übersicht über die Anwendung des Salvarsans bei den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Minor (261) sah von vier mit Salvarsan behandelten Tabesfällen keine Heilung, zweimal nur Besserung. Bei rein luischen Erkrankungen wirkte es günstig, und namentlich lebensrettend bei gefährlichen akut fortschreitenden Fällen von gummöser Hirnlues.

Salvarsan führt in vielen Fällen von Hirnlues, wie **Kahl** (205) feststellt, zu schnelleren Resultaten als Jod und Quecksilber. Jedoch bilden die vollkommen günstig beeinflußten Fälle die Minderheit. Meist kommen bei Hirnlues nur Besserungen vor; in einer großen Zahl traten nach der Therapia magna sterilisans Rezidive auf, die im Bereich des Nervensystems durch die Salvarsantherapie sogar begünstigt zu werden scheinen. In einigen Fällen folgten akute Verschlimmerungen nach Salvarsan, auch epileptische Anfälle und Todesfälle.

Fairbanks (110) sah bei einem syphilitisch veranlagten Kinde von drei Jahren mit Lähmungen und Intelligenzschwäche eine wesentliche Besserung auch in der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten nach einer Injektion von 0,3 g Salvarsan intramuskulär. Eine vorausgegangene Schmierkur war erfolglos geblieben.

Marinesco (247) warnt vor der Anwendung des Salvarsans bei Herz-, Leber-, Nierenleiden, hier sollten nur wiederholt kleine Dosen in Frage kommen. Bei schwachen Personen kann man mit 0,2 beginnen. Intravenöse Anwendung ist vorzuziehen. Bei Tabes ist die suggestive Wirkung von der reellen zu scheiden, die nach Marinesco keine sichere und große ist. Auch bei progressiver Paralyse ist kein Erfolg zu verzeichnen, zum wenigsten kein sicherer und wesentlicher.

Nach **Assmann** (11) wurden die objektiven nervösen Erscheinungen bei Tabes nie wesentlich geändert, die subjektiven, wie lanzinierende Schmerzen, gastrische Krisen, besserten sich zuweilen nach der Anwendung des Salvarsans. Der Liquorbefund wurde danach mehr oder weniger gebessert, die Wassermannsche Reaktion blieb unbeeinflußt. Bei Paralysis incipiens wurden weder die klinischen Erscheinungen noch Liquor oder Wassermannsche Reaktion durch Salvarsan beeinflußt. In drei Fällen mit Neurorezidiv nach Salvarsan handelte es sich um Meningitis luetica.

Nach **Crocq** (82) ist das Salvarsan dem Quecksilber und Jod bei weitem überlegen; es heilt die Erscheinungen und sterilisiert, indem es die Wassermannsche Reaktion zum Schwinden bringt. Diese Wirkungen treten am sichersten bei primärer und sekundärer Lues hervor, doch auch bei tertiärer und bei der Lues des Zentralnervensystems. Doch muß man große Dosen wiederholt (periodisch) geben. Eine mangelhafte Lösung oder Anwendung erzeugt Mißerfolge und schädliche Nebenwirkungen. Bei rein syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems (Gummigeschwülste, Meningealerkrankungen, Gefäßerkrankungen) sind die Erfolge sicher; weniger wirkt es bei allen degenerativen Prozessen. Meist sind aber bei Lues des Zentralnervensystems, auch bei Tabes und Paralyse rein luische und degenerative

Prozesse gleichzeitig vorhanden, und so sieht man selbst in veralteten Fällen noch überraschende Wirkungen. Die intramuskuläre und subkutane Wirkung ist weniger brutal und hat einen dauernden Effekt. Bei genügender Vorsicht und geeignetem Verfahren sind alle unangenehmen Effekte bei der intramuskulären und subkutanen Anwendung zu meiden (66—80 Zentigramm alle vier bis sechs Wochen wiederholt, saure Lösung usw.). Durch diese Methode ist eine komplette Sterilisation zu erzielen; sie ist wegen ihrer langdauernden Wirkung und wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit bei allen Nervenaffektionen der intravenösen Injektion vorzuziehen.

Nach **Mattauschek** (250) ist das Salvarsan bei einwandfreier Technik und zweckmäßiger Methode ein nahezu ungefährliches, für echt syphilitische Erkrankungen des Nervensystems in tertiärer Syphilisperiode ungemein energisches und günstig wirksames Heilmittel. Hinsichtlich der Raschheit der Wirkung ist es dem Quecksilber und Jod überlegen. Bei frischen Fällen zentraler und spinaler Erkrankung, wo ein rascher Effekt erwartet wird, ist es direkt indiziert. Bei Tabes, besonders bei den aktiven Formen wirkt es oft gut gegen die Reizerscheinung. Bei unkomplizierter beginnender Paralyse ist ein Behandlungsversuch erlaubt, bei ausgesprochener Paralyse ist keine Wirkung zu erwarten. Als Kontraindikation gegen die intravenöse Anwendung kann angesehen werden die Komplikation mit Herzfehlern, schweren Herzneurosen, stärkerer Arteriosklerose, hochgradiger Diabetes und Alkoholismus. Ferner ist die Anwendung kontraindiziert dort, wo Atoxyl oder Enesol vorher angewandt wurde, bei Nervenkrankheiten mit Lokalisation in wichtigen Lebenszentren, bei größeren Hirnherden, bei Tumoren, bei Paralytikern mit Anfällen und in vorgeschrittenem Stadium.

Schwarz (335) sah durch Salvarsan die Pleozytose, die er für einen konstanten Befund bei Tabes hält, in günstiger Weise beeinflußt. Die Wassermannsche Reaktion kann durch die spezifische Behandlung aus dem Blut schwinden, kann aber noch im Liquor bestehen bleiben; sie kann aber auch wieder auftreten und dann stärker werden, was Schwarz als günstiges Zeichen ansieht. Das Salvarsan ist dem Quecksilber bei Tabes überlegen. Bei Lues cerebri, wo sich dieselben Reaktionen wie bei Tabes finden, wirkt Salvarsan vorzüglich.

Treupel (361) empfiehlt die Salvarsaninjektion bei Tabes und Paralyse, eventuell kombiniert mit Jod und Quecksilber, wenn die Zeit zwischen Beginn der Erkrankung und ursprünglicher Infektion nicht allzu lang und die Erkrankung selbst noch im Beginn ist. Zweifelloser Stillstand der Krankheitserscheinungen wurde bis jetzt nicht beobachtet. Der zu Injizierende soll über die Aussichten der Therapie belehrt werden und nach der Injektion bei absoluter Ruhe genau beobachtet werden.

Vogt (369) empfiehlt das Salvarsan bei der Meningitis syphilitica, Meningomyelitis, Endarteriitis luetica, gummösen Veränderungen, Tabes und Paralyse; die metasyphilitischen Erkrankungen verhalten sich verschieden beim Salvarsan. Wiederholt sah der Verf. eine Besserung der radikulären Symptome, der Ataxie. Fälle mit wechselnden Erscheinungen und mehr proliferativen als degenerativen Veränderungen scheinen günstiger zu liegen. Kontraindikationen sind Fälle mit ausgedehnten Zerstörungen des Nervensystems, Erweichungen, Arteriosklerose. Bei Paralyse wird mit 0,1 begonnen und bis 0,3 gestiegen.

Wirkung des Salvarsans auf nichtsyphilitische Nervenleiden.

Mayerhofer (252) teilt die Krankengeschichte eines schweren Falles von Chorea mit, der durch Salvarsan in kurzer Zeit völlig geheilt wurde.



v. Bokay (56) sah einen guten Erfolg bei Chorea minor nach einer subkutanen Injektion von 0,2 neutraler Arsenobenzolemulsion. Die Krankheit heilte schneller wie sonst und wie bei dem Gebrauch von Sol. Fowleri.

Angeregt durch die Mitteilung v. Bokays, hat **Hainiss** (158) das Salvarsan in drei Fällen von Chorea minor angewendet und im Vergleiche mit drei anders behandelten Fällen tatsächlich gefunden, daß die Heilungsdauer der Chorea minor nach Anwendung von Salvarsan bedeutend abgekürzt wird. Trotzdem hat Verf. gewichtige Bedenken gegen die Anwendung des Salvarsan, wegen der häufigen Möglichkeit von Nekrosen (33%), und möchte deshalb das Salvarsan so lange aus der Therapie der Chorea minor ausschalten, bis die Möglichkeit von Nekrosen durch Verbesserung des Präparates vermindert wird. (*Hudovernig.*)

Intravenöse Injektionen von Salvarsan scheinen nach **Hahn** (156) den Ablauf der Chorea minor abzukürzen.

Scherschmidt (328) wandte in 33 Fällen von Schlafkrankheit die Therapia sterilisans magna an mit Arsenophenylglyzin. Auf sechs atoxylfeste Stämme wirkte das Mittel nicht, auch bei den übrigen 27 vorher nicht behandelten Fällen waren die Erfolge nicht ermutigend; auch Todesfälle kamen durch die Giftwirkung vor.

Quecksilber.

Frey (130) empfiehlt Enosol als außerordentlich rasch wirkendes Heilmittel bei Lähmungen der äußeren Augenmuskeln. Es beseitigt auch die tabischen Schmerzen und beeinflußt die Viszeralkrisen günstig. Es scheint Veränderungen der Innervation zur Rückbildung zu bringen. Die Wassermannsche Reaktion kann durch das Mittel ins Negative umgeändert werden. Es wirkt tonisierend und verursacht weder Vergiftungs- noch lokale Reaktionserscheinungen.

Etienne und **Perrin** (108) sehen in dem Auftreten der Arthropathie bei Tabes ein neues Zeichen der spezifischen Grundlage und raten zu einer merkuriellen Kur, sobald Zeichen der Arthropathie sich zeigen. Wenn auch die Arthropathie selbst durch die antisyphilitische Behandlung nicht sehr beeinflußt wird, so hat dieselbe doch auf den Gesamtzustand und den Verlauf der Krankheit einen günstigen Einfluß, der wiederum der Arthropathie zugute kommt.

Charon und **Courbon** (75) berichten über einen Fall von Hemiplegie, bei welchem nach subkutanen Quecksilberinjektionen in den hemiplegischen Oberschenkel eine schwere Gangrän desselben sich ausbildete. Sie bringen diese Erscheinungen mit Ernährungsstörungen des bereits vorher schwer alterierten Gewebes zusammen.

An einer eigenen Beobachtung demonstriert **Mollard** (265) den günstigen Erfolg, den man mit einer lange fortgesetzten Quecksilberinjektionstherapie in gewissen Fällen von Nervensyphilis erreicht.

Odstreit (284) empfiehlt Merjodin, ein dijodparaphenolsulfosaures Quecksilber, als internes Mittel gegen Syphilis. Man beginnt mit zwei Tabletten pro die; jeden dritten Tag wird um eine Tablette (0,00021 g) gestiegen bis zu neun bis zwölf Tabletten täglich. Dann geht man wieder herunter. Gebraucht wurden zur Heilung 158—426 Tabletten. Komplikationen mit Durchfall kommen gelegentlich vor, Stomatitis selten. Die Erfolge waren in allen Stadien der Syphilis günstige.

Arsen.

Gudden (154) sah einen guten Erfolg von der Arsenhämatose, die die Reizbarkeit der Nervösen herabsetzte und das Allgemeinbefinden hob.



Friedländer (132) empfiehlt einen nach seinen Angaben künstlich hergestellten Arsensprudel „Carbarsen“ zur Behandlung für diejenigen Fälle, in denen eine interne Arsenmedikation indiziert erscheint.

Eckhardt (98) empfiehlt zur Durchführung einer wirksamen Eisen-Arsentherapie das Ferrum arseniatocitricum ammoniatum.

Schmelz (331) schreibt bei Tabesfällen neben leichter physikalischer Therapie die rechtzeitige und häufige Anwendung von Jodglidine in Kombination mit Arsen vor.

Das Arsenozerebrin, das **Lion** (232) bei Epilepsie empfiehlt, ist eine Kombination von Natr. kakodyl. und Extractum cerebri, das in Ampullen zu 2,0 in den Handel kommt. Wöchentlich sind ev. 3—10 Monate lang 3 bis 6 Injektionen vorzunehmen. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Die Wirkung scheint eine gute und spezifische zu sein.

Jodpräparate.

Bei täglichen Dosen von dreimal 0,3 g Jodival sah **Beyer** (49) keinen Jodismus auftreten, trotz des hohen Jodgehalts des Mittels. Es wirkte schnell und wurde gut vertragen.

Jodival wurde nach **Hesse** (170) im ganzen gut vertragen; es belästigte den Magen nicht; Nebenwirkungen wie Kopfweh und Schnupfen kamen selten vor. Namentlich bei tertiären Hautaffektionen ist es indiziert; auch besitzt es eine ausgesprochene Neurotropie.

Jodostarin ist nach **Bachem** (17a) ein weißes, unlösliches, geschmackloses Pulver, das in Tabletten à 0,25 g in den Handel kommt. Es spaltet erst im Darm ionales Jod ab. 75—80 % der eingeführten Jodmenge werden innerhalb dreier Tage durch den Harn ausgeschieden. Das Präparat ist ungiftig.

Isaac (187) bespricht in einem kurzen Aufsatz die Eigenschaften des Jodozitins, eines Jod-Lezithin-Eiweißpräparats. Es ruft in keiner Weise Jodismus hervor und wird von seiten des Magens vorzüglich vertragen.

In Jodozitin haftet nach **Neuberg** (277) ein Teil des Jods am Lezithin. Der an Eiweiß gebundene Anteil liegt hauptsächlich in Form von jodwasserstoffsauren Salzen vor. Bei Tieren verursacht das Präparat keine Störung.

Patschke (289) empfiehlt Tiodial gegen Arteriosklerose, wo die Jodtherapie mit innerlichen Gaben erfolglos oder schädlich wirkt. Es wurden wöchentlich drei Injektionen von 0,2 Tiodial, im ganzen 16—20 vorgenommen. Vergiftungserscheinungen, wie etwa Basedowsymptome, kamen nicht zur Beobachtung.

Sellei (341) beobachtete in zwei Fällen nach Jodkaligebrauch Erscheinungen des Jodismus und als solche eine Schwellung und Entzündung der Schilddrüse.

Nach **Ohlemann** (286) kann man, auch ohne operativ vorzugehen, mit kleinen und kleinsten Joddosen eine Resorption und Verkleinerung der Basedowstruma erzielen, wenn man recht langsam und allmählich vorgeht. Durch größere Dosen und schnelle Resorption können nachteilige Wirkungen eintreten.

Wolfsohn (391) sah bei einer an Ulcera cruris leidenden Frau nach Jodkaligebrauch eine Schilddrüsenschwellung mit Tremor, Pulsbeschleunigung. Auch einen Jodbasedow beobachtete er bei einer Kropfleidenden nach Joddarreichung. Es scheint sich bei diesen Kranken um eine echte Überempfindlichkeit zu handeln.

Konried (221) berichtet über den Verlauf zweier Fälle von Fieber nach Joddarreichung, von denen der eine unter dem Bilde einer akuten zirkumskripten Thyreoiditis auftrat.



Sedativa. Brompräparate.

Nach **Jödicke** (197) erreicht man die möglichst starke Entchlorung des Organismus des Epileptikers durch Bromkalium, da beide Komponenten zu einer schnellen Ausscheidung des Chlors durch die Nieren beitragen. Dem Bromkalium dürfte vor dem Bromnatrium der Vorzug zu geben sein, da höhere Dosen als 15 g, nach denen Störungen der Herztätigkeit beobachtet wurden, kaum verabreicht wurden. Auch sind die Schädigungen des Zirkulationsapparates durch Bromkali noch nicht sicher erwiesen.

Ein Bromdepot läßt sich nach **Magnus-Alsleben** (236) durch organische Brompräparate mit ihrem geringeren Bromgehalt ebensogut erreichen als mit den Bromsalzen. Ist die Wirkung aber mehr an Brommengen gebunden, die den Körper passieren und ihn dabei sicher beeinflussen sollen, so müssen die organischen Brompräparate hinter den bromreichen Salzen weit zurückstehen.

Casamajor (73) macht auf die Gefahren der Brommedikation aufmerksam und warnt vor deren Anwendung bei schwachen und anämischen Patienten.

Bei einer Epileptikerin, welche **Becker** (33) nach Toulouse-Richet mit Kochsalzentziehung und Bromnatrium behandelte, traten zwar die Anfälle fast völlig zurück, jedoch machten sich nunmehr schwere psychische Störungen geltend, welche von einer deutlichen Gewichtsabnahme begleitet waren.

Sarvonat und **Crémieu** (320) sehen in der Entchlorung eine Unterstützung der Brombehandlung, und zwar wird das Chlor des Organismus durch das Brom substituiert. Ebenso ist in der Jodbehandlung die Substituierung des Chlors durch das Jod möglich. Eine Entchlorung bei der Jodbehandlung könnte daher von Nutzen sein.

Jödicke (198) kommt zum Resultat, daß bei der Behandlung der Epilepsie der kochsalzarmen Ernährung ohne gleichzeitige Bromdosen kein Wert zuzusprechen sei; unter den gleichen Bedingungen ist die chlorreiche Diät ohne Einfluß auf die Zahl und Stärke der epileptischen Anfälle. Eine genügende Entchlorung hat keine ausreichende antiepileptische Wirkung. Nicht das Defizit von Chlorionen, sondern die spezifische Bromionenwirkung entfaltet die therapeutischen und toxischen Wirkungen. Die Hyperchlorierung des Organismus wird besser vertragen als die fast kochsalzlose Nahrung, die zu schweren psychischen und physischen Störungen führen kann (delirante Zustände, erhöhte Reizbarkeit, Benommenheit, Stupor, Gewichtsabnahme bis zur Lebensgefahr). Diese Zustände sind mit Bromismus nicht zu identifizieren.

Die Arbeit **Meyer's** (259) bezweckt, nach dem Verfahren Kraepelins einen zahlenmäßigen Nachweis für die psychischen Wirkungen von über längere Zeit fortgesetztem Bromgebrauch zu erbringen, und zu prüfen, ob die in der Kraepelinschen Schule (A. Loewald, Über die psychischen Wirkungen des Broms; Kraepelins Psychol. Arbeiten I) für einmalige kleinere Bromdosen gefundenen Resultate für größere Dosen (5—7,5 g pro die) und fortgesetzten Gebrauch sich bestätigen lassen. Ferner sollte geprüft werden, ob der Antagonismus zwischen Brom und Chlor, den v. Wyss im physiologischen Experiment nachgewiesen und Ulrich bei Bromacne und andern durch Bromgebrauch entstandenen Hauterkrankungen therapeutisch bestätigt hat, sich auch im psychologischen Experiment zeigen lasse.

Die Versuche wurden an vier Epilepsiekranken der Anstalt und an zwei nichtepileptischen Kontrollpersonen vorgenommen; sie erstreckten sich



auf die Prüfung der Auffassung, der zentralen Auslösung von Willensantrieben, des Gedächtnisses, der assoziativen Tätigkeit, der Leistungen im Zustand erhöhter gemütlicher Reizbarkeit (Bettmannscher Zustand).

Während Loewald für kleine einmalige Dosen eine spezifische Wirkung des Broms gefunden hatte, in dem Sinne, daß eine Reihe von psychischen Vorgängen und Zuständen dadurch beeinflußt werden, andere aber unberührt bleiben, ergaben diese Versuche, daß der fortgesetzte Bromgebrauch in Dosen von 5 g pro die die intellektuellen Leistungen im allgemeinen verlangsamt und verschlechtert. Die Wahrnehmung war ungenauer, es traten Perseverationen auf oder die bei den Epileptikern schon vorhandenen vermehrten sich, es zeigte sich amnestische Aphasie. Am meisten verschlechtert war das Auswendiglernen; das Gelernte haftete nur einen Moment klar im Gedächtnis, um dann sofort wieder vergessen zu werden. Die Ermüdbarkeit war erhöht. Es nahm bei den Versuchspersonen eine allgemeine Gleichgültigkeit und Abgestumpftheit je länger je mehr überhand; die Erscheinungen glichen im allgemeinen, auch bei den Kontrollpersonen, denjenigen, die durch die epileptische Erkrankung selbst hervorgerufen werden können.

Das Chlor, in der Form von Kochsalz verabreicht, war imstande, in Dosen von ca. 20 g per Tag die Wirkungen des Broms wieder zum Verschwinden zu bringen oder bei gleichzeitiger Verabreichung dieselben zu paralysieren. (*Autoreferat.*)

Takeda (355) konnte nachweisen, daß die Intensität der Bromuralwirkung mit dem prozentualen Gehalt des Bromurals im Gehirn Hand in Hand geht. Der Leber und anderen Geweben kommt die Funktion zu, das Bromural zu zerlegen. Diesem Umstande verdankt Bromural seine Harmlosigkeit. Das intakte nicht zerstörte Bromuralmolekül scheint ausschließlich oder hauptsächlich die hypnotische Wirkung zu verursachen. Eine schädliche Nachwirkung ist nicht beobachtet worden.

Beeck (36) beobachtete in einem Fall von hochgradigem Diabetes, der durch fast absolute Schlaflosigkeit und schwere Neuralgien kompliziert war, weitgehende Besserung aller Erscheinungen nach Bromuraldarreichung. Der Zuckergehalt ging von 8% bis $2\frac{1}{2}$% herunter.

Bromglidine wird von **Guttmann** (155) bei funktionellen Neurosen empfohlen.

Bourilhet und **Manceau** (60) haben das Brompräparat „Bromorose" in einer Reihe von Fällen als ein gutes Sedativum erprobt. Insbesondere werden bei Gebrauch des Präparats keine Erscheinungen von Bromismus beobachtet.

Kabisch (204) teilt mehrere Fälle von Epilepsie mit, in denen er günstige Erfahrungen mit Eleptin gemacht hat.

Vorschulze (371) berichtet über einige Fälle von Epilepsie, die in vorzüglicher Weise durch Eleptin beeinflußt wurden, und empfiehlt die weitere Anwendung des Mittels.

Ureabromin — ein Bromkalziumharnstoff — bewährte sich nach **Fischer** und **Hoppe** (121) in allen Fällen von Epilepsie, bei denen die Ausscheidung daniederliegt und die Herztätigkeit vermindert ist. Ferner wirkt es gut bei Kranken, bei denen der Verdacht einer Nieren- oder Darmintoxikation vorliegt. Von einer Solution 40,0 : 300,0 gebe man Erwachsenen täglich 2 bis 3 Eßlöffel. Bei Status epilepticus eignet sich die rektale Anwendung von ev. 4—6 g. Auch bei anderen spasmophilen Zuständen wird es empfohlen.

Adalin.

Hoppe und **Seegers** (179) wiesen nach, daß das Adalin, wenn es längere Zeit im menschlichen Körper bleibt, kumulative Wirkung hat. Daher darf man es nicht für die Dauer geben. Zweckmäßig erscheint rektale Anwendung 1 g Adalin, 8 ccm Normalnatronlauge, 100 ccm lauwarme physiologische Kochsalzlösung.

Bei einem 31jährigen Manne, der 6 g Adalin einnahm, beobachtete **Raschkow** (296) einen 40stündigen Schlaf ohne andere Nebenerscheinungen oder Nachwirkungen.

Kalischer (206) wandte Adalin bei Hysterie, Neurasthenie, Angstzuständen, Zwangsneurosen, Depressionszuständen, leichten Erregungszuständen, Schlaflosigkeit nicht zu schwerer Art mit Erfolg an. Als Sedativum genügten 0,25—0,5 g mehrmals täglich, als Hypnotikum 0,5 bis 1,0 g. Bei erschwertem Einschlafen oder schnellem Erwachen nach gutem Einschlafen wirkte es besonders gut. Bei stärkeren Graden von Schlaflosigkeit kann es bis zu 2 g ohne Neben- und Nachwirkungen gegeben werden. Kinder mit Tic und Chorea vertrugen 0,2—0,3 g gut. Die Wirkung ist nicht kumulativ. Bei Epilepsie ist Brom vorzuziehen.

Kempner (210) wandte Adalin 1,0 in heißem Wasser als Schlafmittel mit bestem Erfolg an bei Neurasthenie, Hysterie, im Alter oder bei gesteigerter Affekterregbarkeit. Gegen beängstigende Träume des normalen Schlafes genügten 0,3—0,5 g Adalin, auch genügte diese Dosis zur Milderung von Affekterregungen, Unruhe-, leichten Angstzuständen. Bei Chorea versagte das Mittel.

Raschkow (297) hat in einer Reihe von Fällen mit Adalindarreichung günstige Erfolge erzielt. Sowohl die sedative wie die schlafbringende Wirkung des Medikamentes treten in den entsprechenden Beobachtungen deutlich hervor.

Beyerhaus (50) stellt das Adalin dem Veronal und Medinal an die Seite. 0,5—0,75 g gibt er bei leichter Schlaflosigkeit, bei schwerer mit Angst- und Erregungszuständen gibt er 1,0—1,5, und als Sedativum bei ängstlich oder manisch Erregten 0,5 g einigemal täglich.

Fröhlich (134) empfiehlt Adalin als Einschläferungsmittel, und zwar 1—2 Tabletten abends und nötigenfalls eine neue Tablette nachts. Es wird schnell im Körper verbrannt und ausgeschieden, wirkt prompt und nicht kumulierend. Zwecks schnellerer Resorption gibt man es besser in warmer Flüssigkeit. Als Sedativum gibt man 2—3mal täglich 1 Tablette in kaltem Wasser, um die Wirkung möglichst lange hinauszuschieben. Auch Herzkranke vertrugen das Mittel gut.

Adalin erscheint auch nach **Hirschfeld** (176) den Bromalkalien bei weitem überlegen. Als Sedativum gibt er dreimal täglich 0,5, als Hypnotikum abends 1,0 g. Auch höhere Dosen sind zulässig.

Juliusburger (203) empfiehlt Adalin zur Bekämpfung von Schlaflosigkeit leichten und mäßigen Grades wie bei Beklemmungen und Angstgefühlen. Namentlich lindert es auch bei Morphium- und Alkoholentziehungskuren die Qualen der Leidenden.

Kobrak (217) gab 0,2—0,25 Adalin in einmaliger oder wiederholter Dosis mit Erfolg bei nervöser Schlaflosigkeit und Übererregbarkeit von Säuglingen und Kindern mit Ernährungsstörungen nach und bei Infektionskrankheiten und auch bei Keuchhusten als Mittel für die Nacht.

König (220) berichtet über die Wirkungen des Adalins in 91 Fällen bei nervös und psychisch Kranken mit Schlaflosigkeit. 1 g Adalin entsprach in der Wirkung 0,5—0,75 g Veronal.



Lowinski (235) empfiehlt Adalin bei Insomnie, Neurasthenie, Herzkranken usw.

Adalin als Sedativum wird auch von **Pelz** (291) empfohlen wegen seiner Unschädlichkeit, guten Bekömmlichkeit, Geschmacklosigkeit, Sicherheit der Wirkung und wegen des Mangels an Nebenwirkungen. Im Gegensatz zu anderen Autoren wird die verhältnismäßig rasche Gewöhnung hervorgehoben. Als Sedativum genügt 0,25—0,5, als Hypnotikum 0,5—1,0.

Rehm (303) wandte Adalin 0,5—1,0 in heißer Flüssigkeit mit Erfolg als Schlafmittel an.

Adalin ist nach **Scheidemantel** (326) dort indiziert, wo Brom zu schwach wirkt und man noch stärkere Schlafmittel meiden möchte. Es nimmt eine Mittelstellung zwischen einem Sedativum und Hypnotikum ein.

Salomonski (316) empfiehlt Adalin bei krankhaft gesteigerter Libido und dadurch bedingter Schlaflosigkeit und Unfähigkeit zur Konzentration. Als Sedativum empfiehlt er dreimal täglich 0,5, als Hypnotikum zweimal 1,0 eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen in warmer Flüssigkeit.

Singer (346) sah von Adalin in leichteren Fällen von Schlaflosigkeit gute Wirkungen.

Traugott (360) empfiehlt Adalin sowohl für die ambulante wie für die Hauspraxis als Hypnotikum, und zwar gab er es in der gleichgroßen oder nur wenig größeren Dosis wie Veronal.

Narkotika und Hypnotika.

Katzenelson (209) teilt eine Reihe von Versuchen mit, welche erweisen, daß zwei miteinander subkutan gegebene Narkotika der Fettreihe im allgemeinen keine höhere Wirkung ausüben, als man einer Addition ihrer einzelnen Effekte nach erwarten würde.

Japhé (191) sucht zu erweisen, daß eine Gewöhnung des tierischen Organismus im pharmokologischen Sinne, also eine Abstumpfung der Urethan- und Medinalwirkung bei längerem Gebrauch der Medikamente nicht einzutreten scheint, wenigstens nicht in erheblichem Maße. Durch intravenöse und subkutane Injektionen bei Tieren wurde dies erwiesen.

Becker (34) bespricht kurz die neuerdings gefundene Tatsache, daß Kombinationen zweier Narkotika, gleichzeitig in je halber Dosis gereicht, die schlafmachende Wirkung eines Mittels in ganzer Dosis weitaus übertreffen. Er selbst berichtet über einige nach diesen Grundsätzen günstig beeinflußte Fälle.

Becker (35) empfiehlt als besonders günstig die Kombination von Hyoszin-Morphin mit Paraldehyd.

Auf Grund einer Reihe von Experimenten stellte **Herzenberg** (169) fest, daß die sogenannten Fiebernarkotika unter den antipyretischen Mitteln bei gleichzeitiger Einfuhr in den Organismus eine einfache Addition ihrer narkotischen Einzeleffekte ergeben. — Mit Narkotikis der Fettreihe gepaart, verhalten sich die narkotischen Eigenschaften der gleichen Substanzen ebenfalls additiv.

Döbeli (90) findet auf Grund seiner Untersuchungen, daß säugende Kaninchen, die sich nur von Muttermilch nähren, gegen Tinctura Opii, Pantopon und Morphium. auf das Kilogramm Körpergewicht berechnet, mehr als dopppelt so empfindlich sind als ausgewachsene Tiere.

Die Untersuchungen **Zeelen's** (393) ergeben, daß der narkotische Gesamteffekt, den zwei oder mehr gleichzeitig in den Organismus eingeführte Opiumalkaloide ausüben, der algebraischen Summe ihrer Einzelwirkungen entspricht.



Aus den Untersuchungen von **Lomonosoff** (234) geht hervor, daß mit Hilfe der Kombinationsmethode der Narkotikacharakter der untersuchten Antipyretika in der Tat zu Recht besteht. Es kann also keine Frage sein, daß sich die narkotische Kraft der Antipyretika zu derjenigen eines anderen, eines eigentlichen Narkotikums hinzuaddiert.

Rappoport (295) sieht in der Kombination von Opium mit Urethan eine Potenzierung der Wirkung. Diese Verstärkung macht ziemlich genau das Doppelte des Additionswertes der Einzelwirkung aus.

Pantopon wird von **Mittler** und **Biscup** (262) als Analgetikum, Sedativum, Antidiarrhoikum empfohlen. Auch als Hustenmittel ist es gut per os, Klysma oder Suppositorium. Als Injektion kommt es in Frage, wo eine stärkere analgetische oder hypnotische Wirkung erzielt werden soll.

Haymann (164) sah auch nach Pantopon unangenehme Nebenerscheinungen wie Schwindel, Erregungszustände und einmal einen epileptiformen Anfall. Auch kann es zur Angewöhnung führen, wenn auch nur in Ausnahmefällen. Im großen ganzen bleibt es ohne üble Nebenwirkungen.

Nach **Dornblüth** (95) erscheint Pantopon sehr geeignet für Morphiumentziehungskuren. Auch bei gewohnten Tagesgaben von 2,0 Morphium konnte sofort zu hohen Pantopongaben übergegangen werden, die dann allmählich reduziert wurden.

Pantopon ist nach **Döblin** (91) dem Morphium vorzuziehen zur Beseitigung schweren chronischen Hustenreizes, zur Dauerbehandlung inoperabler Karzinome, bei senilen und epileptischen Angstzuständen, ferner wo Morphium wegen seiner Nebenwirkung (Erbrechen, Übelkeit) nicht gegeben werden kann.

Aulhorn (14) hat zur Herabsetzung des Wehenschmerzes Pantopon in Kombination mit kleinen Dosen Skopolamin gegeben. Die Erfolge waren schwankend; indessen macht Verf. darauf aufmerksam, daß beim Ausprobieren einer Methode zunächst immer Fehlschläge mit unterlaufen, die sich bei größerer Erfahrung vermeiden lassen.

Brüstlein (66) empfiehlt die Injektionsnarkose mit Pantoponskopolamin, der er recht günstige Erfolge zu verdanken hatte.

Häni (160) prüfte an Tieren die Verstärkung der medikamentösen Wirkung durch Kombination zweier Narkotika nach. Seine spezielle Aufmerksamkeit widmete er der Kombination Pantopon-Skopolamin und fand, daß mit relativ geringen Dosen Skopolamin die Pantoponwirkung beträchtlich zu verstärken sei.

Eine Vergiftung mit Pantopon beobachtete **Voigt** (370) bei einer Frau, die zur gynäkologischen Operation zweimal je 0,02 Pantopon subkutan injiziert bekam vor der Äthernarkose. In dieser entstand plötzlich eine Atemstörung mit Verengerung der Pupillen. Nach der Narkose schlief die Kranke stundenlang, um dann wieder normal zu werden. Die Atemstörung (Cheyne-Stokesatmen) hielt $1^1/_2$ Stunden an.

v. Noorden (281) empfiehlt die Mischung von Veronal 0,3 und Phenazetin 0,25. Bei Hustenreiz kann man auch 0,025—0,03 Cod. phosphor. zusetzen.

Nach **Römer** und **Jakoby** (188, 189, 310) steht im Mittelpunkt der Veronalwirkung die eigenartige Wirkung auf das Gefäßsystem. Das Veronal lähmt ausschließlich das periphere Gefäßsystem, und zwar ausschließlich die kontraktilen, in der Kapillarwand liegenden, vielleicht auch in den kleinen Endarterien vorhandenen Gewebselemente, während Nervensystem und Muskulatur der Gefäßwand unbeeinflußt bleiben. Die geänderte Blutverteilung erklärt dann den Abfall des Blutdrucks, die periodischen Schwankungen, Veränderung der Atmung usw. Kontraindiziert ist Veronal bei Zirkulationsstörungen mit erschwertem Rückfluß zum linken Herzen, bei Nierenkrank-



heiten. Ein besonderer Nutzen ist zu erwarten bei übermäßigem Gefäßtonus, besonders der Gehirngefäße, bei Kopfschmerz, Angstzuständen, Migräne, Angina pectoris. Temperaturherabsetzend wirkt es durch Einschränkung des Stoffwechsels bei konsumptiven fieberhaften Krankheiten usw.

Groeber (152) hält das Veronal für weit giftiger, als bisher angenommen wurde; die Giftigkeit für Kaninchen und Katzen ist drei- bis viermal, für Hunde zwei- bis zweieinhalbmal größer als die früheren Untersuchungen ergaben. Es ist ratsam, das Veronal dem Handverkauf zu entziehen. Das Veronal ist kontraindiziert bei allen Erkrankungen, die mit Schädigungen der Gefäßfunktionen einhergehen wegen seiner lähmenden Wirkung auf die Bauchgefäße. Bei Vergiftungsfällen sind Magenausspülungen, partielle Kompression der Bauchgefäße, Sauerstoffatmung angebracht.

Die Untersuchungen **Bachem**'s (17) beweisen eine gewisse Affinität des Veronals zum Gehirn- resp. Zentralnervensystem. Das Blut enthält schon nach $^1/_2$ Stunde Veronal; im Gehirn findet sich das Veronal innerhalb der zweiten Stunde am stärksten angesammelt, um nach fünf Stunden fast ganz zu verschwinden. Große Mengen des Veronals werden wahrscheinlich sofort schon nach einmaliger Verabreichung, etwa zur Hälfte, ausgeschieden, zur anderen Hälfte zerstreut resp. abgebaut. Drei Tage nach der Injektion größerer Mengen Veronals fanden sich beim Hunde nur noch Spuren im Gehirn und in der Leber. Die Ausscheidung durch den Harn sank bei hohen Dosen.

Klausner (212) berichtet über eine Veronalintoxikation, die er selbst nach einer zweimal wiederholten Dosis von 0,5 g durchgemacht hat. Neben den bereits anderweitig beschriebenen Erscheinungen ist insbesondere die bisher selten beobachtete Albuminurie hervorzuheben, die erst nach einigen Wochen wieder verschwand.

Meyer (260) zeigt an mehreren Fällen, daß Veronal allein oder kombiniert ein empfehlenswertes Medikament bei der Behandlung von Magenstörungen mit nervösen Erscheinungen darstellt.

Bourilhet (59) empfiehlt an Stelle des Veronals die Veronidia, ein ähnlich zusammengesetztes Präparat, bei welchem die bei Veronalgebrauch beobachteten Nebenwirkungen fortfallen.

Faivre (111) teilt zwei Fälle mit — Delirium bei einer Paratyphuskranken und Heroinismus —, in denen durch „Véronidia" volle Heilung erzielt wurde. „Véronidia" stellt ein gelöstes Narkotikum dar, welches eßlöffelweise drei- bis viermal in 24 Stunden gegeben wird.

Huber (181) hat das Amylenkarbonat (Aponal) als ein brauchbares Schlafmittel erprobt, das besonders in leichteren Fällen von Agrypnie große Dienste leistet.

Sternberg (350) empfiehlt als Hypnotikum den Alkohol und besonders mehrere Alkoholika gemischt und bei höherer Temperatur.

Robertson (308) bespricht die Gefahren, die aus einer kontinuierlichen Verabreichung des Sulfonals entstehen, und mahnt zur vorsichtigen Anwendung.

Chloromorphid übt nach **Grund** (153) beim Menschen eine entschieden narkotische Wirkung aus. Da jedoch in besonders prädisponierten Fällen bedrohliche Atemstörungen eintreten können, ist das Mittel zur therapeutischen Verwendung ungeeignet.

Githens und **Meltzer** (145) haben experimentell mit Strychnin vergiftete Kaninchen mit intratrachealer Insufflation und Äthernarkose behandelt. Alle Tiere, welche im übrigen das zweifache der sicher tödlichen Dosis des Giftes erhalten hatten, kamen mit dem Leben davon.

Borsos (57) berichtet über jene Erfahrungen, die er mit einem neuen Hypnotikum, das erst seit kurzer Zeit von einer ungarischen chemischen Fabrik unter dem Namen Hypnoval (bromisovaleriansures Amidochloral) erzeugt wird, an der psychiatrischen Klinik zu Kolozsvár erzielen konnte. — Er fand, daß bei leichter Schlaflosigkeit, hauptsächlich dann, wenn der Respirationsapparat eine besondere Aufmerksamkeit benötigt, das Hypnoval von gutem Erfolg ist. Es kann als gutes Sedativum beim Erregungszustande verwendet werden, hingegen ist es bei schwerer Schlaflosigkeit und hochgradigen psychotischen Erregungen auch in größeren Dosen (4 g) nutzlos. Von 1 g kann sechs Stunden andauernder Schlaf erzielt werden, ohne je welche schädliche Nebenwirkungen wahrnehmen zu können. (*Hudovernig.*)

Bei dem von einer ungarischen chemischen Fabrik hergestellten Schlafmittel Hypnoval = Bromisovalylamidochloral, lobt **Donath** (94) die vorteilhafte Verbindung des Chlorals mit der sedativen Wirkung der Valerianasäure und ihrer Derivate, wozu sich noch die Bromkomponente gesellt. Das Mittel erwies sich in der Dosis von 1 g als nicht allzu drastisches Schlafmittel, welches in Abwechslung mit anderen Schlafmitteln, aber namentlich nach längerem Gebrauch von Veronal, mit gutem Erfolg gegeben werden kann. Keine schädlichen Nebenwirkungen. (*Hudovernig.*)

Gefäßmittel.

Bennecke (43) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Resultaten:

Bei Hypertonie auf arteriosklerotischer Basis ohne nachweisbare Nierenerkrankung ist eine blutdruckherabsetzende, jedoch nicht nachhaltige Wirkung des Vasotonins deutlich zu erkennen. Der Blutdruck bei chronischer Nephritis hingegen wird durch Vasotonin kaum beeinflußt.

Der Erfolg der Vasotoninbehandlung war in den von **Rosendorff** (312) beobachteten Fällen ein unsicherer. In 16 Fällen von Blutdrucksteigerung wurde nur in 6 Fällen eine Verminderung teils der Blutdrucksteigerung, teils der subjektiven Beschwerden, teils beider erreicht. Zur Bekämpfung des Asthma bronchiale erwies sich das Mittel nicht sehr erfolgreich.

Vasotonin wirkte nach **Schattenstein** (323) teils als Yohimbin, teils in Verbindung mit Urethan blutdruckherabsetzend bei Arteriosklerose, Aneurysma, Anteninsuffizienz, doch nicht in allen Fällen.

Scheffler (324) gibt eine kurze Übersicht über die gefäßerweiternden Medikamente, die in zwei Gruppen, die Nitrite und Jodate, geteilt werden.

Fritsch (133) empfiehlt das Yohimbin als tonisierendes Mittel für die Blasenmuskulatur; auch ist es zur Bekämpfung seniler Involationszustände zu empfehlen.

Piersig (292) hat Styptol bei Pollutionen mehrmals mit gutem Erfolg angewandt.

Lezithin.

Nach den Beobachtungen von **Waele** (373) leistet Lezithin bei Nikotinamblyopie gute Dienste und verdient weitere Verbreitung.

Lezithin gewinnt nach **Nerking** (274) für die Therapie insbesondere nervöser Erkrankungen immer steigendere Bedeutung und Beachtung. Die erste Bedingung, wenn Lezithin angewandt wird und die wertvollen therapeutischen Eigenschaften desselben zur Wirkung kommen sollen, ist die Verwendung eines absolut reinen und zuverlässigen Präparates. Vielfach existieren im Handel Präparate, die sog. physiologisch reines Lezithin enthalten sollen, oder andere, die nach der Berechnung aus dem Phosphor-

gehalt 70%iges „Rein"lezithin aufweisen; meist handelt es sich dabei nur um Mischungen von entfettetem, getrocknetem Eidotter mit eiweißhaltigem Material oder doch um stark verunreinigtes Lezithin. Verf. macht auf die Präparate der Firma E. Merck in Darmstadt aufmerksam, die fast 100%iges, reinstes Lezithin enthalten und in Form von Lezithinschokolade oder Fruchtbonbons oder auch Lezithinschokolade-Fondants mit und ohne Marzipanfüllung, welch letztere Formen besonders in der Kinderpraxis angenehm zu verwenden sind, hergestellt werden. Für subkutane Injektionen dienen 10%ige Lösungen des reinen Merckschen Lezithins in physiologischer Kochsalzlösung, die in sterilen Ampullen zu 5 und 10 ccm in den Handel gebracht werden. Bezüglich der näheren Einzelheiten, Dosierung usw. muß auf die Originalarbeit verwiesen werden. (*Autoreferat.*)

Nuklein.

Diruf (89) publiziert die Erfahrungen, die er im Verlauf seiner Versuche mit dem bekannten Baldrianpräparat Valyl erzielt hat. Er beobachtete in Fällen von Neurasthenie, Schlaflosigkeit nach erschöpfenden Krankheiten, bei sehr lästigen Störungen im Klimakterium günstige Erfolge nach dem mehrwöchigen Gebrauch der Valylperlen. Von sehr heftiger Influenza befallen, wandte Autor die Valylperlen am eigenen Leibe an, nachdem ihn die Krankheit so geschwächt hatte, daß er die Praxis sistieren mußte. Nach dem Gebrauch von täglich dreimal je 2—3 Valylperlen machte er die freudige Erfahrung, daß die lästige Schlaflosigkeit wie auch die sonstigen sogenannten nervösen Symptome vollkommen verschwanden. Autor empfiehlt die Valylperlen bei ähnlichen Indikationen aufs beste. (*Autoreferat.*)

Verschiedenes.

Aronsohn (9) empfiehlt das Baldrianpräparat Gynoval, das in Geloduratkapseln gut vertragen wird.

Berger (44) teilt 2 Fälle aus seiner Praxis mit, wo nur Gynoval durch seine prompte und ausgezeichnete Wirkung gute Dienste leistete und andere Mittel ihn im Stiche ließen. (*Autoreferat.*)

Balassa (19) lernte das Kephadol als ein ganz unschädliches, von Nebenwirkungen freies Antineuralgikum kennen. Es bewährte sich bei den Schmerzen der Tabiker, bei Kopfschmerz und Hemikranie. (*Bendix.*)

Waller (375) sucht festzustellen, daß Salizylpräparate nicht nur antiseptische Eigenschaften besitzen, sondern auch wahrscheinlich die thyreotoxischen Wirkungen zu neutralisieren vermögen. Er glaubt deshalb, daß Salizylpräparate sich zur Behandlung der Basedowschen Krankheit und anderer Störungen der Schilddrüsentätigkeit eignen. (*Bendix.*)

Waugh (379) hat an Herpes zoster-Fällen die gute Wirkung der Zinkphosphide erprobt und empfiehlt das Medikament für die Behandlung der akuten Poliomyelitis.

Heubner (172) polemisiert gegen die Empfehlung des Maretins von seiten Dresers und widerrät nochmals seine Anwendung, da es Blutschädigungen hervorrufe.

Heubner (173) warnt vor Anwendung des Maretins, da nach mehrfachen Beobachtungen schon kleine Gaben eine beträchtliche Schädigung des Blutes nach Art einer schweren anämischen Erkrankung herbeiführen.

Injektionstherapie.

Braun (61) wählt zur Entfernung selbst maligner Tumoren wie zu allerlei Operationen im Trigeminusgebiet die Lokalanästhesie. Neben der



Leitungsunterbrechung einzelner Nervenstämme durch tiefe Injektionen in die Orbita, Nasenhöhle usw., muß eine Nachspritzung und direkte Infiltration gewisser Teile vorgenommen werden. Gefäßverletzungen sind bei den Injektionen in die Orbita und in die Fossa pterygo-palatina kaum zu befürchten.

Taptas (356) hat versucht, die Exstirpation des Ganglion Gasseri zu ersetzen durch Alkoholinjektionen, welche durch das Foramen ovale direkt in das Ganglion gemacht werden. Bericht über drei in dieser Weise behandelte Fälle.

Nach **Braun** (62) sind die peripherischen Operationen bei Neuralgien des 2. und 3. Trigeminusastes jetzt nahezu überflüssig. Die Technik der Alkoholinjektion des 2. und 3. Trigeminusastes zur Erreichung des Foramen rotundum et ovale wird eingehend erörtert. Die Schmerzen der Alkoholinjektion lassen sich durch vorausgeschickte Injektion von 2%iger Novokain-Suprareninlösung vermeiden.

Fransen (127) gibt die Technik an für die Injektion der Trigeminusäste und des Ganglion Gasseri. Die Injektion des Stammes des zweiten Astes macht er von der Kiefernhöhle aus. Die Erreichung des Ganglion Gasseri mit der Spritzennadel hält er für unmöglich.

Blair (55) behandelte Trigeminusneuralgien durch Injektionen mit Alkohol oder Alkohol und Kokain in die betreffenden Nervenstämme. Es wurden zum Teil recht gute Erfolge mit dieser Methode erzielt.

Sluder (347) befürwortet die Karbolsäureinjektionen zur Heilung der Gesichtsneuralgien, die vom Ganglion spheno-palatium ausgehe. Er wendet 1—5%ige Karbolalkoholinjektionen an, die schmerzloser verlaufen als reine Alkoholinjektionen.

Pussep (294) empfiehlt die Alkoholinjektionen bei Trigeminusneuralgien nach Schlösser und Ostwalt. Wenn die oberflächlichen Injektionen nicht helfen, geht er zu den tiefen an der Schädelbasis über. Die Injektionen sind ungefährlich und daher stets den operativen Eingriffen vorzuziehen. Auch bei Interkostalneuralgien und Wurzelneuralgien, speziell bei Wirbelsäulenversteifung, sah er gute Resultate.

An einer Reihe eigener Fälle hat **Ossipow** (288) die Behandlung der Ischias mit Injektionen von abgekühlter Kochsalzlösung nachgeprüft und im allgemeinen günstige Erfolge mit dieser Methode erzielt. Sie gibt selbst noch bei Erkrankungen, die mehrere Jahre dauern, sehr gute Resultate.

Hay (163) berichtet über 10 Fälle von Ischias, die durch Kochsalzinjektionen im ganzen günstig beeinflußt wurden.

Schepelmann (327) verwendet zur Kochsalzinjektion bei Ischias eine stumpfe Nadel, wodurch der übermäßige Schmerz und die Gefahr einer größeren Gefäßverletzung vermieden werden.

Caffrey (72) hat bei Ischias durch tiefe perineurale Injektionen von β-Eukain erhebliche Besserung des Leidens erzielt.

Glimm (146) konnte von 7 Fällen schwerer Ischias 5 durch die epidurale Injektionsmethode (20 ccm Schleichsche Lösung II) heilen. Nach Eintritt der Schmerzlosigkeit nimmt er eine unblutige Dehnung des N. ischiadicus vor. Bei Coccygodynie erreichte er mit derselben Methode gute Erfolge, ebenso bei der Enuresis nocturna.

In 53 Fällen von Kreuzschmerzen ohne nachweisbare gröbere Erkrankung der Genitalien erzielte **Albrecht** (4) durch epidurale Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung 38mal, also in 72% der Fälle, einen vollen Erfolg.

Hydrotherapie und Balneotherapie.

Ref.: Hofrat Prof. Dr. Determann-Freiburg-St. Blasien.

1. Abelsdorf, Indikationen und Kontraindikationen der Thalassotherapie bei Augenerkrankungen. V. Internat. Congr. f. Thalassotherapie in Kolberg. 5.—8. Juni
2. Albert Weil, E., Quinze observations d'angiomes guéris par la radiothérapie. Journal de Physiothérapie. 15. Februar.
3. Alexander, B., und Alt, E., Bad Reichenhall als klimatischer Kurort. München. Verlag der ärztlichen Rundschau. Otto Gmelin.
4. Aron, H., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Tropensonne auf Mensch und Tier. Berliner Klin. Wochenschr. Nr. 25.
5. Artmann, Die Radioaktivität des Meerwassers. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
6. Auerbach, S., Zur Kurorthygiene. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 7.
7. Baginsky, Adolf, Seeklima und Kinderkrankheiten. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. 4. Jahrg. No. 9.
8. Bardet, G., Stations thermales et climatiques de France. Ce quelles sont. Ce quelles devraient être. Bulletin général de thérapeutique médicale, chirurgicale, obstétricale et pharmacologique. Tome CLXI. 22. Livraison.
9. Baruch, S., Das Bad beim Abdominaltyphus. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 6. Heft.
10. Derselbe, and Shrady, A., Hydrotherapy. Hare H. A. and Landis H. R. M. Modern Treatment. 1910. I. 221—264.
11. Baumann, L., Le masso-lavage du colon. Le Progrès Médical. No. 6.
12. Benczur, I. v., Ueber einen nach einer Radiumemanationskur wesentlich gebesserten Fall von Sklerodermie. Deutsche medizinische Wochenschr. No. 22.
13. Beni-Barde, L'hydrothérapie dans la pratique courante. Le Bulletin général. No. 64.
14. Berger, Hans, Die Erkennung und Behandlung psychischer und nervöser Leiden in den Bädern. Korresp.-Blatt d. Allg. ärztl. Ver. von Thüringen. No. 10. p. 436.
15. Bernheim et Dieupart, Traitement de la tuberculose par le Jodmenthol radioactif. Bulletin général de Therapeutique. Tome CLXI. Livr. 21.
16. Blumenfeld, F., Ueber klimatische Beobachtungen in Kurorten. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie & Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 16.
17. Bokay, von, Beitrag zu den Indikationen der kalk- und magnesiahaltigen Mineralwässer. XX. ungarischer Balneologenkongress abgehalten am 16. und 17. April 1910 in Budapest.
18. Boltenstern, O. v., Die Anschauungen über die Wirkungsweise der Seebäder, insbesondere der Ostseebäder, im Wandel der Zeiten. VI. Die physiologische Wirkung des Seeklimas. VII. Das kalte Seebad. Deutsche Aerzte-Zeitung. H. 1. p. 4. No. 3. p. 49.
19. Derselbe, Heilkräfte und Wirkungen der See, insbesondere der Ostsee. Berliner Klinik. No. 276.
20. Derselbe, Zum thalassotherapeutischen Wert der Ostsee. Zentralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie usw. No. 4.
21. Bornstein, Versuche über die Prophylaxe der Pressluftkrankheit. Berliner Klin. Wochenschr. 1910. No. 27.
22. Borosini, A. v., Wärmekompresse zur Erzeugung von Hyperämie. Münchener Med. Wochenschr. No. 4.
23. Boruttau, Ueber die Herabsetzung der Zuckerausscheidung durch Mineralwässer beim experimentellen und menschlichen Diabetes. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. 4. Jahrg. No. 9.
24. Bosányi, Ueber die Thermalbehandlung der Polyarthritis. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. 3. Jahrg. No. 19.
25. Derselbe, Die Behandlung der Polyarthritis in den Thermalbädern. VI. Kongress der Balneologen Oesterreichs in Salzburg. 7.—10. Oktober 1910.
26. Breemen, J. van, Ischias und physikalische Therapie. (Auf Grund von 124 Fällen chronischer Ischias.) Zeitschr. f. physikal. u. diät. Therapie. Bd. XV. H. 9. p. 532.
27. Breiger, Die wissenschaftliche Begründung der Lichttherapie. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 12. Heft.
28. Derselbe, Kann man die Höhensonne künstlich ersetzen? Medizinische Klinik. No. 18.
29. Brieger, L., Die Bedeutung des Dampfstrahls für die Therapie. Medizin. Klinik. No. 14. p. 528.
30. Derselbe, Indikationen und Technik von Duschen. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 46. p. 2113.



31. Derselbe und Kaiserling, O., Die Anstalt der Centralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte für hydrotherapeutische und physikalische Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. No. 43. p. 1941.
32. Brühl, W., Die Einatmung verdünnter Luft in ihrer Wirkung auf den Kreislauf und das Herz. Inaug.-Dissert. Marburg.
33. Brustein, S. A., De l'influence des bains électro-lumineux sur le réflexe moteur d'association chez l'homme. Thèse de St. Pétersbourg. 1910.
34. Derselbe, Die Lichtbehandlung bei nervösen und psychischen Erkrankungen. Russki Wratsch 1910. No. 48 und 49.
35. Büdingen, Theodor, Ruhekuren für Herzkranke in Verbindung mit passiven Bewegungen. Zugleich eine Kritik der heilgymnastischen Behandlung der Kreislaufsschwäche und Mitteilungen über einen Apparat für passive Beinbewegung Bettlägeriger und Ruhender. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 1. u. 2. Bd.
36. Bum, Anton, Ueber Kombination physikalischer Behandlungsmethoden. Medizin. Klinik. No. 25. p. 964.
37. Castaigne, J., et Gouraud, F. X., Le lavement électrique. Pratique, indications. Le Journal médical français. No. 4. p. 250.
38. Copemann, A. H., Sea-Bathing. The Practitioner. Vol. LXXXVII. No. 1. p. 101.
39. Cornelius, Die Beziehungen der Nervenpunktlehre zur Balneologie. Medizin. Klinik. No. 35. p. 1354.
40. Czerny und Caan, Ueber die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen, speziell mit Aktinium. Münchener Med. Wochenschr. No. 34.
41. Dalmady, Z. von, Die Beurteilung der hydropathischen Reaktionsfähigkeit. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 6. Heft. u. Orvosi Hetilap. 55. 161.
42. Dausset et Durand, Tension artérielle et bains de lumière. Gaz. des hôpit. p. 1820. **(Sitzungsbericht.)**
43. Desplats, René, Ce qui fut dit au III[e] Congrès de physiothérapie des médecins de langue française. Revue de Physiothérapie. No. 5.
44. Determann, Heisse Tauchbäder. Medizin. Klinik. No. 23. p. 880.
45. Derselbe und Gmelin, Hydrotherapie, Aerotherapie und Höhenklimabehandlung im Kindesalter. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 1912. H. 1.
46. Diem, Schwimmende Sanatorien. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 8.
47. Dietl, Weitere Mitteilungen zur Methodik rascher Mineralwasseruntersuchungen. Zeitschrift für Balneologie. No. 24.
48. Dorno, C., Studie über Licht u. Luft des Hochgebirges, Druck u. Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn. Braunschweig. 153 S.
49. Dove, K., Die medizinisch wichtigen Faktoren des Klimas. Wien. med. Wochenschr. No. 27.
50. Derselbe, Neue Gesichtspunkte für winterliche Kuren an der See. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 18.
51. Derselbe, Grundlagen und Methoden heilklimatischer Beobachtungen. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
52. Doves, Luftkuren im Winter und den Uebergangszeiten. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—6. Juni.)
53. Dreuw, Die Verwendung der Wasserdruckmassage in der Gynaekologie, Odontologie, Rhinologie, Otologie, Neurologie, internen Medizin, Dermatologie und Urologie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 20. p. 930.
54. Durig, A., Physiologische Wirkungen des Höhenklimas. Wiener klin. Wochenschr. No. 18.
55. Duvernay, L., Le traitement de la sciatique par l'hydrothérapie chaude. Résultats immédiats, résultats éloignés. Lyon médical. T. CXVII. p. 1279. **(Sitzungsbericht.)**
56. Eckart, Wilh. R., Das Klima der Mittelmeerländer und ihrer Umgebung in Vergangenheit und Gegenwart. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. 3. Jahrg. No. 20.
57. Edel, M., Die Grenzen und die Erfolge der Winterkuren an der Nordsee. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 18.
58. Effler, E., Walderholungsstätten an der See. Klinisch-therapeut. Wochenschr. No. 33.
59. Eichholz, Ueber die Aufnahme und Ausscheidung der Radiumemanation. Inhalation oder Trinkkur? Berliner Klinische Wochenschr. No. 37.
60. Derselbe, Beitrag zur Absorption der Radiumemanation im menschlichen Körper. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
61. Eichler und Schemel, Ueber die Beeinflussung der Magentemperatur durch verschiedene hydrotherapeutische Applikationen und ihre Messung mit dem „Fieberregistrierapparat“ (nach Siemens und Halske). Deutsche Medizinische Wochenschrift. No. 51.

62. Einhorn, M., On the value of radium treatment in cancer of the digestive tract. Medical Record. 23. September. u. Zeitschr. f. physikal. u. diät. Therapie. No. 12.
62a. Engel, H., Nochmals Aegypten und seine Indikationen. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. No. 11.
63. Esch, Zur physikalisch-diätetischen Therapie. **Sammelreferat** über biologische Heilkunde. Aerztliche Rundschau. No. 28. p. 326. No. 38. p. 446.
64. Escherich, von, Die Bedeutung der Adriabäder für das Spielalter der Kinder. VI. Kongress der Balneologen Oesterreichs in Salzburg. 7.—10. Oktober 1910.
65. Eulenburg, Die Einwirkung des Seeklimas auf das Nervensystem. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
66. Ewald, C. A., Zum 25jährigen Bestehen des Seehospizes Kaiserin Friedrich in Norderney. Berliner klin. Wochenschr. No. 32.
67. Falta, W., und Schwarz, G., Wachstumsförderung durch Radiumemanation. Berliner klin. Wochenschr. No. 14.
68. Farkas, Martin, Das Wetterfühlen. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 15. H. 2—3. p. 65. 161. (cf. Jahrg. XIV. p. 385.)
69. Fellner, L. sen., Sind Moorbäder bei Fibromyoma uteri angezeigt? VI. Kongress der Balneologen Oesterreichs in Salzburg. 7.—10. Oktober 1910.
70. Finzi, N. S., The radium treatment of cancer; experiences of over 100 cases. The Lancet. 1. Juli.
71. Fischer, Neues Modell einer Dampfdusche. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 5. Heft.
72. Fischl, R., Ueber Abhärtung. Fortschritte der Medizin. 1910. No. 50.
73. Flatau, Eine neue Methode der Thermotherapie bei gynäkologischen Erkrankungen. Centralblatt für Gynäkologie. No. 5.
74. Fontana, M., Cura fisica della paralisi. Riv. internaz. di clin. e terap. 1910. V. 321—325.
75. Fox, R. Fortescue, Samuel Hyde Memorial Lectures (The) (An Abstract of) on Outlines of Medical Hydrology. The Lancet. II. p. 6. 73.
76. Derselbe, Medical Hydrology in Relation to Treatment of Nervous Disorders. Clinical Journal. Oct. 4. XXXVIII. No. 26.
77. Frankenhäuser, Fritz, Physikalische Heilkunde. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Leipzig.
78. Derselbe, Klimatologie und Klimatik. Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 33.
79. Derselbe, Die klimatischen Faktoren in ärztlicher Betrachtung. Der 32. Balneologen kongress in Berlin. (2.—6. März.)
80. Derselbe, Klimatische Elemente als Heilfaktoren. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
81. Derselbe, Zur ärztlichen Beurteilung des Klimas durch Kalorimetrie. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 16.
82. Frech, F., Eiszeit und Pluvialperiode in ihren mittelbaren Einwirkungen. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 24.
83. Frey, A., Ein neues Modell der elektrischen Heissluftdusche „Föhn". Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 7. Heft.
84. Fürstenberg, A., Das Wasser der Schwimmbassins in hygienischer und ästhetischer Beziehung. Zeitschrift für Balneologie und Kurort-Hygiene. 3. Jahrg. No. 20.
85. Derselbe, Weitere Beiträge zu der Behandlung mit der Emanation des Radiums. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
86. Galli, Die Einwirkung des Klimas der Riviera auf organische und funktionelle Herz- und Gefässkrankheiten. Münchener Med. Wochenschr. No. 38.
87. Garrigou, F., De l'enseignement de l'hydrologie dépend le succès des stations thermales et climatiques. Bulletin général de thérapeutique usw. 30. Okt.
88. Glamser, Joseph, Die Beeinflussung der Hirnzirkulation durch Bäder. (Studien an Menschen mit Schädeldefekten.) Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie. Bd. 15. H. 3. p. 129.
89. Glax, J., Arteriosklerose und Seeklima. Zentralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige. No. 6.
90. Derselbe, Der Jodgehalt der Seeluft und seine Bedeutung für die Thalossotherapie. ibidem. No. 3.
91. Derselbe, Barbier und Mora, Die besonderen Bedingungen der Wirksamkeit der verschiedenen Meeresstationen unter Berücksichtigung ihrer speziellen klimatischen Eigentümlichkeiten. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.) Zentralbl. f. Thalassotherapie. No. 9.
92. Gmelin, Die thalassotherapeutische Bedeutung der Nordseebäder. Zentralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie usw. No. 4.
93. Derselbe, Thalassotherapie des Kindesalters. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. No. 11.



94. Goldmann, The climatic indications of Egypt in otology and laryngology. Medical Record. 11. März.
95. Goldscheider, Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder. Medizin. Klinik. No. 20. p. 766.
96. Gottschalk, Kurz, Bossi, Die Einwirkung der Seeklimate und Seebäder auf die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
97. Grabley, Ueber den wechselnden Gehalt der Atmosphäre an Radiumemanation. Ein Beitrag zur Erklärung klimatischer Einflüsse auf biologische Vorgänge. Zeitschr. für klin. Medizin. Bd. 71. H. 5 u. 6.
98. Derselbe, Ueber die Kombination von Luft- und Sonnenbädern mit Seebädern. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
99. Grosse, Sonnenschein undAgeshelligkeit. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurtorthygiene. 3. Jahrg. No. 18.
100. Grünhut, L., Was ist ein Mineralwasser? Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 16.
101. Gudzent, F., Ueber den gegenwärtigen Stand der Radium-Emanationstherapie. Therapie der Gegenwart. 1910. H. 12.
101a. Derselbe, Ueber den Gehalt von Radiumemanation im Blute des Lebenden bei den verschiedenen Anwendungsformen zu therapeutischen Zwecken. Radium in Biologie und Heilkunde. Monatsschrift für biologisch-therapeutische Forschung. Bd. 1. H. 3.
102. Derselbe, Einiges über die biologischen Eigenschaften der Radiumemanation und ihre Anwendung bei Krankheiten. ibidem.
103. Häberlins, Ueber Einrichtungen der Kinder-Seehospize. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
104. Halle, Indikationen und Kontraindikationen des Seeklimas und der Seebadeorte bei Ohrenerkrankungen. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
105. Hammerschlag, Das Bad in Physiologie und Pathologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. 4. Jahrg. No. 10.
106. Hanssen, Zur Kenntnis der Gefahren hydrotherapeutischer Prozeduren für den Säugling. Therapeutische Monatshefte. Heft 3.
107. Heide, R. von der, Ueber den Kohlensäuregehalt verschiedener Formen natürlicher und künstlicher Kohlensäurebäder und der darüber lagernden Luftschichten. (I. Mitteilung.) Veröffentlichung der Centralstelle für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 23.
108. Heinze, Der „Potsdamer Brunnen". Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 20.
109. Heller, Therapie des Morbus Basedowii. VI. Kongress der Balneologen Oesterreichs in Salzburg. 7.—10. Oktober 1910.
110. Hellmann, G., Vergleichende Uebersicht über die klimatischen Verhältnisse der deutschen Nordsee- und Ostseeküsten. Veröffentlichung der Centralstelle für Balneologie. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 5.
111. Hellpach, Willy, Die geopsychischen Erscheinungen. Leipzig. Engelmann.
112. Helwig, Ueber seeklimatische Kuren im Kindesalter. Fortschrittte der Medizin. No. 27.
113. Hentze, Der Einfluss eisenhaltiger Quellen auf die Zahnsubstanzen. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 17.
114. Herz, Max, Über Kohlensäurebäder in der häuslichen Praxis. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 39. p. 423.
115. Heubner, W., Ueber Salzgehalt der Seeluft. Therapeutische Monatshefte. Oktober. No. 10.
116. Hiller, A., Hygienische und kulturelle Mängel in deutschen Kurorten. Nach persönlichen Erfahrungen. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 7.
117. Hirsch, Untersuchungen über die Einwirkung von Mineralwässern auf die Motilität des Magens. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
118. Hirz, F., Ueber Injektionen mit natürlichem radioaktivem Thermalwasser direkt an der Quelle. Münchener Med. Wochenschr. No. 2.
119. His, W., Die Behandlung der Gicht und des Rheumatismus mit Radium. Berliner Klin. Wochenschr. No. 5.
120. Derselbe, Psychotherapie der Kurorte. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1196.
121. Honigmann, G., Zur Beurteilung und Behandlung cardio-vasculärer Erkrankungen in der Praxis. Berliner Klin. Wochenschr. No. 12.



122. **Hovorka, Oskar** von, Die physikalischen Heilmethoden. Übersichtliche Darstellung. Stuttgart. Strecker & Schröder.
123. **Hueppe**, Ferdinand, Die Körperübungen im Wasser. Zentralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige. III. Jahrg. No. 2.
124. **Huet et Baudouin**, Obstruction intestinale chez les myopathiques. Utilité du lavement électrique. Revue neurol. I. S. p. 273. (**Sitzungsbericht.**)
125. **Hufnagel**, Viktor, Über eine einfache Methode, faradische Wechselstrombäder herzustellen, Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 11. p. 438—441.
126. **Ide**, Ueber die Erhöhung der Reaktionskraft des Organismus im Seeklima. Klin. therapeut. Wochenschr. No. 32.
127. **Derselbe**, Ueber die qualitative Stoffwechselveränderung im Seeklima. Zentralblatt für Thalassotherapie. 3. Jahrg. No. 5.
128. **Jerusalem**, M., Zur Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 7. Heft.
129. **Kallós**, Ueber die Beurteilung der Mineralwässer vom physikochemischen Standpunkte. XX. ungarischer Balneologenkongress abgehalten am 16. und 17. April 1910 in Budapest.
130. **Kemen** und **Neumann**, E., Ueber die Aufnahme der Radium-Emanation bei verschiedenen Anwendungsformen. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 17.
131. **Kikkoji**, T., Ueber den Einfluss von Radiumemanation auf den Gesamtstoffwechsel im Organismus. Radium in Biologie und Heilkunde. Monatsschr. für biologisch-therapeutische Forschung. Bd. 1. Heft. 2.
132. **Kionka**, Physikalisches und pharmakologisches über die Eisen-Arsen-Quellen von Levico-Vetriolo. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 22.
133. **Derselbe**, Ueber das Radium in seiner Beziehung zur Balneologie vom biologischen Standpunkt aus. 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
134. **Derselbe**, Die Radioaktivität der Mineralwässer. Deutsche Med. Wochenschr. No. 17.
135. **Kirchberg**, Franz, Heissluft- und Lichtbehandlung und Massage. Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie. Bd. 15. H. 4. p. 224.
136. **Kisch**, Die therapeutische Bedeutung der erdigen Quellen. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
137. **Klein**, S., Ueber das lokale direkte Einwirken der Schwefelthermen auf das Auge. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 16.
138. **Klumsky**, von, Ueber die elektrische Durchwärmung (Diathermie). Wiener klin. Rundschau. 1910. No. 45.
139. **Kojo**, Kenji, Zur Kenntnis der Blutverteilung bei gleichtemperierten einfachen Bädern und Sauerstoffbädern. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. No. 17.
140. **Kowarschik**, J., Methoden und Technik der Diathermie. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. No. 11.
141. **Krone**, Fritz, Die Bedeutung der Psychotherapie in der balneologischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der psychopathisch-anämischen Zustände in der Pubertät. Medizin. Klinik. No. 24. p. 924.
142. **Derselbe**, Liegekuren am Gradierwerk. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 18.
143. **Krösing**, E., Die Heissluftdusche in der Gynäkologie. Münchener med. Wochenschr. 1910. No. 43.
144. **Kruschewsky**, Luft- und Sonnenbäder an der Ostseeküste in Verbindung mit Seebad und Sport. Monatschr. f. prakt. Wasserheilk. Dez. p. 265.
145. **Kügelgen**, von, und **Helwig**, Der Einfluss des Seeklimas auf die Beschaffenheit des Blutes und den Blutdruck. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
146. **Kurz**, Thalassotherapie der Frauenkrankheiten. Zentralbl. für Thalassotherapie, Klimatologie und Balneologie usw. No. 4.
147. **Lachmann**, Beiträge zur Messung der Radiumemanation. Der 32. Balneologenkongress in Berlin (2.—6. März.)
148. **Laqueur**, A., Physikalische Therapie. **Sammelreferat.** Medizin. Klinik. No. 24. p. 937. No. 41. p. 1592.
149. **Latz**, Diätetik und diätetische Möglichkeiten in Seebadeorten. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
150. **Lavielle**, La sciatique et son traitement thermal à Dax. Thèse de Bordeaux. 1910.
151. **Lechtmann**, Die Behandlung gewisser Hautkrankheiten mit Kohlensäure-Schnee. Russki Wratsch 1910. No. 30.
152. **Lenkei**, W. D., Einige Unterschiede zwischen der Wirkung der Wannen- und Freibäder von gleicher Temperatur und deren Ursachen. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 15. H. 5—6. p. 340. u. Orvosi Hetilap. 55. 177. 204.



153. Derselbe, Ueben Luftbäder auf die Harnausscheidung einen bestimmten Einfluss aus. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie. (5.—8. Juni.)
154. Lesage, La vague de chaleur et les nourrissons. Le Bulletin médical. No. 64.
155. Leyden, H., Thermoelektrische Stirnbinde gegen Gehirnblutleere bei Seekrankheit usw. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene.
156. Derselbe, Das Problem der Verwirklichung der Schiffsanatorium-Idee. Zentralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige. No. 7. u. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 8.
157. Lichtwitz, K., Die Technik, Wirkung und Anwendung des heissen trockenen Sandbades. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 6. Heft.
158. Derselbe, Die physiologische Wirkung des heissen Sandbades. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 10.
159. Lisaan, Die Heissluftbehandlung des akuten Gichtanfalles. Fortschritte der Medizin. No. 20.
160. Löbl, A., Bäderzulässigkeit bei Menstruierenden. VI. Kongress der Balneologen Oesterreichs in Salzburg. 7.—10. Oktober 1910.
161. Loew, L., Die chemische und bakteriologische Zusammensetzung des Meerwassers an den verschiedenen Meeresstationen. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
162. London, E. S., Das Radium in der Biologie und Medizin. Mit 20 Abbildungen im Text. Leipzig. Akademische Verlagsgesellschaft m. b. H.
163. Löw, Die Statistik der ungarischen Bäder und Mineralwässer im Jahre 1909. XX. ungarischer Balneologenkongress abgehalten am 16. und 17. April 1910 in Budapest.
164. Löwy, Max, Zur Kenntnis der Brunnenkrise (des Brunnendusels, des Brunnen- und Bäderrausches). Zeitschr. für Balneologie, Klimatalogie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 12.
165. Löwy, A., und Plesch, J., Ueber den Einfluss der Radiumemanation auf den Gaswechsel und die Blutzirkulation des Menschen. ibidem.
166. Mansell Moullin, C., The treatment of malignant growths by radium. The Lancet. 1. Juli.
167. Manzaneque, M., Consideraciones generales sobre la indicación de las aguas mineromedicinales en las enfermedades del sistema nervioso. Archivos espannoles de Neurologia. 2. 113.
168. Marfan, Günstiger Einfluss der Hochgebirgsbehandlung auf das Säuglingsekzem. Journal de médecine de Paris. No. 28.
169. Margulies, Ergänzende Bemerkungen zum Ostseeklima. VI. Kongress der Balneologen Oesterreichs in Salzburg. 7.—10. Oktober 1910.
170. Markwald, Ueber das Radium in seiner Beziehung zur Balneologie. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
171. Martin, A., Geschichtliche Bemerkungen über die Begriffe Solquelle, Mineralquelle und den therapeutischen Gebrauch der Sole. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. No. 22.
172. Mauer, Ueber den klimatischen Charakter der Davoser Märzmonate. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 24.
173. Mendel, Felix, Die Emanationstherapie mittels intramuskulärer Radiogeninjektionen. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 3.
174. Mesernitzki, P., Die Anwendung der Radiumemanation bei der harnsauren Diathese. Russki Wratsch 1910. No. 51.
175. Derselbe und Kemen, J., Ueber Purinstoffwechsel bei Gichtkranken unter Radium-Emanationsbehandlung. Therapie der Gegenwart 1910. No. 11.
176. Mougneau, Des divers modes de traitement et en particulier de l'acrothermothérapie dans le syndrome des extrémités de Maurice Raynaud. Thèse de Bordeaux.
177. Müller, Franz, Einfluss der Seebäder auf die Blutzirkulation. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
178. Müller, Otfried, und Veiel, Eberhard, Beiträge zur Kreislaufphysiologie des Menschen, besonders zur Lehre von der Blutverteilung. Studien an Wasser-, Kohlensäure- und Sauerstoffbädern verschiedener Temperatur. I. Teil. Studien an Wasser-, Kohlensäure-, Sauerstoff-, und hydroelektrischen Bädern verschiederer Temperatur. II. Teil: Die gashaltigen Bäder. Volkmanns Samml. klin. Vorträge. 1910. 606/608. bezw. 630/631. Leipzig. J. A. Barth.
179. Naumann, H., Ueber die Wirkung alkalisch-erdiger Quellen. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. III. No. 24.
180. Neuberg, C., Wirkungen des Sonnenlichtes auf wichtige chemische Bestandteile des menschlichen und tierischen Organismus. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. No. 19.



181. Nicolas, Winterkuren in Westerland-Sylt. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. No. 18.
182. Nobl, Ein Heilverfahren mittelst fester Kohlensäure. Gesellschaft für physikalische Medizin in Wien. Sitzung vom 9. November 1910.
183. Noorden, v., und Falta, Klinische Beobachtungen über die physiologische und therapeutische Wirkung grosser Dosen von Radiumemanation. Mediz. Klinik. No. 39.
184. Ogata, Tomosaburo, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen von gleichtemperierten Bädern und Sauerstoffbädern auf den Zirkulationsapparat. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. No. 17.
185. Paechtner, Ueber den Einfluss von Glas- und Tongefässen auf die Beschaffenheit des darin aufbewahrten Mineralwassers. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 10.
186. Pantrier et Gonin, Traitement du Lupus erythémateux par la neige carbonique. Bulletin médical. No. 4.
187. Partos, A., Schwefelkochsalzthermen und Gicht. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 7.
188. Paull, H., Die Auswahl der vom zukünftigen Sanatoriumsschiff zu befahrenden Meeresgebiete. Zentralbl. für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenzweige. No. 8. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 8.
189. Derselbe, Das Problem des Ozeansanatoriums. Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 35.
190. Derselbe, Diem, Leyden, Simons, Schiffssanatorien. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.) Zeitschr. f. Balneologie. 4. 195.
191. Perlmann, A., Beschreibung eines neuen Apparates zur Behandlung des Gesichts mit strömendem Dampf. Münch. Med. Wochenschr. 1910. No. 36.
192. Pflanz, Ueber das Verhalten von Albuminurie und Cylindrurie beim Gebrauch von Sulfatwässern. Wiener klin. Wochenschr. No. 10.
193. Piatot, A., Quelques réflexions sur le traitement hydrominéral de la sciatique. Bull. Soc. méd. de l'Yonne. LI. 41—49.
194. Pick, Ueber einen Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung mit radiumemanationshaltiger Luftdruckserniedrigung, untermischt mit Adrenalinnebel. Deutsch. Med. Wochenschr. No. 25.
195. Derselbe, Ueber die unterstützende Wirkung des Sauerstoff-Heilverfahrens und seine Indikationsstellung. Allgem. Mediz. Central-Zeitung. No. 16. p. 213.
196. Planta, A. von, Die exsudative Diathese und das hochalpine Gebirgsklima. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 13.
197. Plesch, Zur biologischen Wirkung der Radiumemanation. Deutsche medizinische Wochenschr. No. 11.
198. Porosz, Moriz, Die sexuelle Neurasthenie. Lokalbehandlung und Balneotherapie. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 13. p. 836. und Amer. Journ. of Urology. VII. 58. und Pester med.-chir. Presse. No. 7. p. 51.
199. Przibram, H., Künstliches Klima für biologische Versuche. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 16.
200. Derselbe, Diathermie bei Gelenkserkrankungen. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 8. Heft.
201. Pudor, Heinrich, Seefahrten als Kuren. Fortschritte der Medizin. No. 11. p. 252.
202. Derselbe, Die Bedeutung des Wassers für Landschaft und Städtebau. Zeitschr. f. phys. Therapie. 1. Heft.
203. Derselbe, Mehr Licht in der modernen Grossstadt. ibidem. Heft. 12.
204. Rautenberg, Zur Diathermiebehandlung. Neurol. Centralbl. p. 572. (Sitzungsbericht.)
205. Rein, Oskar, Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wassertemperatur im Dauerbad. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 22. p. 211.
206. Reinhardt-Natvig, Die meteorologischen Verhältnisse der norwegischen Seebäder. Zentralbl. für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige. No. 11.
207. Derselbe, Norwegische Balneographie. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 11.
208. Richter, Paul, Die Wirkung der physikalischen Agentien der Thalassotherapie auf den Stoffwechsel der Gewebe. ibidem. No. 14. Zentralbl. für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige. No. 9.
209. Ringrose Gore, W., The Climatic and Balneological Treatment of Neurasthenia. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 6. Balneological and Climatological Section. p. 37.
210. Rivière, J. A., Physicothérapie de la neurasthénie. Gazette méd. de Paris. No. 76. p. 10.



211. Derselbe, The Treatment of Neurasthenia by Physical Methods. The Practitioner. LXXXVI. No. 1. p. 177.
212. Rollier, Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 1.
213. Rombach, Mlle, Note sur l'emploi de l'air chaud dans les arthrites blenorrhagiques. Journal de Physiothérapie. 15. Februar.
214. Rothschuh, E., Unterschiede im Verhalten der Urinsedimente bei der Einreibekur der Syphilis mit resp. ohne Schwefelthermalbehandlung. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 4. Heft.
215. Ruhemann, Radioaktives Gebäck. Der 32. Balneologenkongress in Berlin. (2.—6. März.)
216. Rumpf, Diagnose und Behandlung der Herz- und Gefässneurosen. Deutsche medizin. Wochenschr. 1910. No. 28 und 29.
217. Salzmann, Die Anwendung des Radiums bei tuberkulösen Erkrankungen. Zeitschr. für Tuberkulose. Bd. 16. H. 3.
218. Sardemann, Neues Verfahren zur Herstellung von Sauerstoffbädern. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 925. **(Sitzungsbericht.)**
219. Schemel, Erfahrungen mit einigen neueren Apparaten zur Herstellung von gashaltigen Wasserbädern. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 3. Heft.
220. Schieffer, Ärztliche Erfahrung über Aegypten. XXVIII. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden vom 19.—22. April.
221. Schiller, Carl von, Die pathologische Wirkung der Hitze auf die Gewebe. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 9. Heft.
222. Schlenk, Fritz, Konstruktive Verbesserungen an elektrischen Thermophoren. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. 3. Heft.
223. Schmidt, A., Ueber die Behandlung der Bronchitis und verwandter Zustände mit trockener, heisser Luft. Therapie der Gegenwart. H. 1.
224. Schmidt, A., und David, O., Ueber die therapeutische Verwendung sauerstoffarmer Luft beim Menschen. Münchener Med. Wochenschr. No. 18.
225. Schmincke, Bad Elster, eine Heilstätte für Erkrankungen des Herzens und der Blutgefässe. Berlin. Verlag von A. Hirschwald.
226. Schnée, A., Ueber Emanationskuren und deren Kombination unter besonderer Berücksichtigung der Emanationsinhalationen. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 9. Heft.
227. Schrumpf, Kurortkrankheiten. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 16.
228. Derselbe, Die Behandlung von Herz- und Kreislaufkranken im Höhenklima. ibidem. 3. Jahrg. No. 17.
229. Schulhof, Wilhelm, Beitrag zur Balneotherapie schwerer Nervenkrankheiten. Zeitschrift f. Balneologie. No. 21. p. 587.
230. Schulz, Hat die Kieselsäure balneotherapeutische Bedeutung? Der 32. Balneologen-Kongress in Berlin. (2.—6. März.)
231. Schütz, M., Die Herstellung der künstlichen Gasbäder. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 22/24.
232. Schütze, Carl, Die lebendige Zelle im Kalkwasser. ibidem. No. 17.
233. Severino, Croce, Ueber den Einfluss natürlicher Arsenwässer und künstlicher Arsenlösungen auf den Stoffwechsel. Zeitschr. für klin. Medizin. H. 1 u. 2.
234. Siegfried, Karl, Die Hydrotherapie der Tabes dorsalis. Inaug.-Dissert. Berlin.
235. Sigalin, Warschau, Atmungsgymnastik auf psychischer Basis. Deutsche Medizin. Wochenschr. No. 7.
236. Simons, E. M., Schiffssanatorien. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 8.
237. Sommer, E., Beiträge zur Therapie mittelst Radiumemanation. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. 6. Heft.
238. Stange, Ueber das „Brausan-Kohlensäurebad". Moderne Medizin. H. 5. p. 121.
239. Stäubli, Über den physiologischen Einfluss des Höhenklimas auf den Menschen. Zeitschr. f. Balneologie. No. 19—23. p. 530. 659.
240. Steffens, P., Radioaktivität und Anionenbehandlung. Radium in Biologie und Heilkunde, Monatsschrift für biologisch-therapeutische Forschung. Bd. 1. H. 4.
241. Derselbe, Witterungswechsel und Rheumatismus. Zugleich ein Beitrag zur Erklärung der Wirkung radioaktiver Bäder. Anhang: Beschreibung einer einfachen Einrichtung zur Bestrahlung mit Hochspannnungsgleichstrom („Anionenbehandlung"). Leipzig 1910. Verlag von Otto Nemnich.
242. Stein, A. E., Zur Diathermiebehandlung. Münchener Medizinische Wochenschr. No. 24.
243. Stein und Rautenberg, Diathermiebehandlung. XXVIII. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden vom 19.—22. April.

244. Stieglitz, Leopold, The Treatment of Neuritis with the Hot-Air Douche. Medical Record. Vol. 80. No. 2. p. 73.
245. Strasburger, J., Ueber Behandlung mit Radiumemanation. Münchener med. Wochenschrift. No. 15.
246. Sudhoff, K., Aus dem antiken Badewesen. II. Weitere medizinisch-archäologische Untersuchungen. Mit 30 Abbildungen. Berlin 1910. Allgemeine medizinische Verlagsanstalt.
247. Sulschinsky, H. v., Der Einfluss abkühlender Massnahmen auf den normalen und entzündeten Lymphstrom. Inaug.-Dissert. Berlin.
248. Sümegi, Die chronischen Herzkrankheiten und die CO_2-Bäder. XX. ungarischer Balneologenkongress abgehalten am 16. und 17. April 1910. in Budapest.
249. Süpfle, Die Rauchverunreinigung der Luft vom Standpunkt der Kurort-Hygiene. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 4. Jahrg. No. 10.
250. Szendeffy, von, und Augustin, Weitere Versuche über die bakterizide Eigenschaft radioaktiver Substanzen. Pester medizinisch-chirurgische Presse 1910. No. 23.
251. Tamm, F., Beiträge zur Wirkung der Kuhnschen Lungensaugmaske. Dissert. Berlin.
252. Tchlenoff, B., Parallelismus der französischen und deutschen Hydrotherapie. Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 15. H. 5. p. 280. (cf. Nr. 256.)
253. Tièche, Ueber einen im Hochgebirge (1500 m) mit Blutinjektion behandelten Fall von (progressiver perniziöser) schwerster Anämie. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. H. 2.
254. Tobias, E., Anwendungformen und Wirkungsweise der Hydrotherapie bei den Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bd. II. H. 5. Halle 1910. Verlag von C. Marhold.
255. Tripold, Die Radioaktivität der Thermen von Warmbad, Villach und die Bedeutung der Piszinen für die Wirksamkeit radioaktiver Bäder. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 2.
256. Tschlenoff, B., Parallelismus der französischen und deutschen Hydrotherapie. 5. Heft.
257. Verneuil, Brinch, Nikolas, Karewski, Behandlung der Tuberkulose an der See. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
258. Wagner, Ueber Sputumbeseitigung in offenen Kurorten. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 20.
259. Warschavsky, Rachel, Zur physikalischen Behandlung des Asthma bronchiale und des Emphysems. Inaug.-Dissert. Berlin.
260. Weinberg, J., Zur Radiumtherapie des Naevus vasculosus. Dissert. Zürich. 1910.
261. Werner, Zur biologischen Wirkung der Radiumstrahlen. Münchener med. Wochenschrift. 1910. No. 37.
262. Wichmann, P., Radium in der Heilkunde. Mit 50 Abbildungen im Text und 2 Farbentafeln. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss.
263. Widmer, Die Beeinflussung der Blutkrankheiten durch das Hochgebirge. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. 4. Jahrg. No. 1.
264. Derselbe, Die klimatische Behandlung des Heufiebers und des sogenannten nervösen Asthmas. Die Therapie der Gegenwart. März. p. 111.
265. Winternitz, Wilhelm, Die physikalischen Heilmittel in der ärztlichen Praxis. Zeitschrift f. Balneologie. No. 21.
266. Derselbe, Der „Ombrophor". Ein transportabler Apparat für Douchen mit Kohlensaurem- oder Sauerstoff-Wasser, nebst Bemerkungen über Wirkung der Fällbäder. Arch. f. physikal. Medizin. Bd. VI. H. 1. p. 62.
267. Derselbe, Zu Sonnenkuren. Wiener klinische Wochenschrift. No. 49.
268. Wischmann, C., Wintersport in Norwegen unter klimatotherapeutischen Gesichtspunkten. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. No. 18.
269. Wolf, H. F., Die physiologischen Grundlagen der Hydrotherapie der Herzkrankheiten. Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie. No. 12.
270. Wolff, F., Ueber den Einfluss des Klimas auf den Verlauf der Lungentuberkulose. Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 5.
271. Wood, Neville, The Climatic, Balneo-Therapeutic, and Sanatorium Treatment of Neurasthenia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 166.
272. Zanietowski, J., Aus den Grenzgebieten der Elektrologie und der Balneologie. Zeitschrift für med. Elektrologie. 1910. H. 6.
273. Zörkendörfer, Marienbad und seine Terrainkurwege. Marienbad. Verlag Gschihay. 3. Aufl. 1910.
274. Derselbe, Ueber Methoden rascher Mineralwasseruntersuchungen. Zeitschr. für Balneologie. H. 2.
275. Derselbe, Die alten Marienbader Mineralquellen nach Ionentabellen dargestellt. Prager Medizinische Wochenschr. No. 4.



276. Derselbe, Mooruntersuchungen. Eine Studie über das Vorkommen, die Untersuchung, Begutachtung und die Verwitterungsfähigkeit von Eisen-Mineralmooren. Druck und Verlag von Carl Bellmann, G. m. b. H. Prag.
277. Derselbe, Ueber das Verhalten von Albuminurie und Zylindrurie während des Kurgebrauchs. Wiener Klinische Wochenschr. No. 5.
278. Zuntz, Ueber die physiologischen und hygienischen Wirkungen der Seereisen. Der V. internationale Kongress für Thalassotherapie in Kolberg. (5.—8. Juni.)
279. Derselbe, Methodik der Klimaforschung. 32. Balneologenkongress in Berlin. (2. bis 6. März.)
280. Derselbe, Künstliches Klima für Versuche am Menschen. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene. 3. Jahrg. No. 23.

Das Jahr 1911 hat mancherlei Fortschritte auf dem Gebiete der physikalischen Therapie der Nervenkrankheiten gebracht. Besonders hat die Besprechung der Radiumforschung auf dem Balneologenkongreß manches zutage gefördert. Dabei hat der Vorstand durch die Hinzuziehung des Physikers Markwald den Verhandlungen eine gute Grundlage gegeben. Der deutsche Kongreß für innere Medizin hat auf physikalisch-therapeutischem Gebiet so wie früher auch im verflossenen Jahre nichts Besonderes gebracht. In Kolberg fand der erste internationale Kongreß für Thalassotherapie statt, über dessen Zweckmäßigkeit man streiten kann. Auch im Auslande fängt das Interesse für die physikalische Therapie mehr als bisher in Form von Versammlungen und Spezialkongressen an, sich zu dokumentieren.

Verschiedenes.

Ein gutes Buch über physikalische Therapie hat **Frankenhäuser** (77) geschrieben. Die als Heilmittel dienenden Kräfte teilt er ein in kinetische, thermische, aktinische, elektrische. In den beiden letzten Abschnitten wird dann die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten durch diese Kräfte erörtert. Das Einteilungsprinzip ist zweifellos ein recht gutes, und Frankenhäuser hat es vermocht, sich einigermaßen während der ganzen Abhandlungen daran zu halten. Durch den Rahmen des Buches wurde er wahrscheinlich gezwungen, sich kürzer zu fassen, als es nützlich ist. Ein noch etwas näheres Eingehen auf den physiologischen Teil wäre hier und da angenehm gewesen.

Bei Besprechung der kinetischen Kräfte wird zunächst die Erzeugung kinetischer Energie im Organismus, sodann der Einfluß der Muskelarbeit auf die verschiedenen Funktionssphären erörtert. Im Anschluß daran wird nicht nur die Bewegung, sondern auch die Ruhe als Heilmittel besprochen. Es finden alle die Möglichkeiten, hierdurch und durch Ruhe auf den Patienten günstig einzuwirken, Erwähnung. Ob zu den thermischen Kräften ohne weiteres das Klima zu rechnen ist, läßt sich bestreiten. Im übrigen ist dieser Abschnitt besonders gut geraten, auch manche neue Anregungen werden dabei gegeben.

Recht gut und vielfach neu ist auch der Abschnitt über die Vorbeugungen der Krankheiten durch Kräfte, wobei besonders das Kindesalter ausführlich behandelt wird.

Die Aufzählung von Kurorten wäre vielleicht besser unterblieben, denn sie mußte naturgemäß lückenhaft ausfallen. Warum nur Mineralbäder zur Erwähnung kommen in dem speziellen Teil, ist mir nicht erfindlich. Luftkurorte, Höhenkurorte, Seebadeorte werden nicht genannt, während sie doch gerade in bezug auf physikalische Therapie in erste Linie gestellt zu werden verdienen.

Im ganzen ist das Buch von wissenschaftlichem Geiste durchdrungen, es muß allen praktischen Ärzten und auch solchen, die sich seit langer Zeit speziell mit physikalischer Therapie beschäftigen, dringend zur Lektüre empfohlen werden.



Auch ein neues Einteilungsprinzip für die Darstellung der physikalischen Heilmittel benutzt **v. Hovorka** (122). So wie für die physikalischen Probleme soll auch für die physikalischen Heilmethoden die Einteilung benutzt werden: Stoff und Kraft. Es kommt bei dem Versuch der Durchführung dieser Trennung häufig zu Schwierigkeiten. Immerhin muß das Neue und Anregende der veränderten Einteilung anerkannt werden.

Fischl (72) wendet sich gegen den Schematismus bei ländläufigen Abhärtungskuren, widerrät energisch methodischen Kaltwasseranwendungen bei Säuglingen, empfiehlt in späteren Altersstufen Freiluftliegekuren, jedoch immer unter strengster Beobachtung der Reaktion des Kindes. Was auf die Dauer unangenehm empfunden wird, Widerstand erregt und Aufregung verursacht, ist auszusetzen. Mit Recht legt er den Hauptwert auf die Luftabhärtung, die er allerdings mehr im Sinne einer Gewöhnung an dieselbe in tunlichst leichter Kleidung wie in der Form des Luftbades verstanden wissen will. Diese Einschränkung ist bedauerlich, geht sie doch von falschen Voraussetzungen über Wesen und Wirkung der Luftbäder bzw. des Aufenthaltes in freier Luft mit unbekleidetem Körper aus. Wasserkuren verschiebt Autor auf die Zeit jenseits des dritten Jahres, und zwar zunächst am Abend, vorausgesetzt, daß dadurch der Schlaf nicht gestört wird. Von den einzelnen Verfahren empfiehlt er Wassertreten in 26° R 3—5 Minuten lang mit lebhaften Bewegungen und allmähliches Heruntergehen in der Temperatur, ferner lauwarme Bäder mit nachfolgenden kühleren Frottierungen, die ebenfalls allmählich herabgesetzt werden. Immer aber muß die Reaktion aller Anwendungen beachtet und danach verfahren werden.

(*Julian Marcuse.*)

Krone (141) verwirft bezüglich der Psychoanalyse das, was Freud darunter versteht.

Mit Dubois sieht er das wichtigste bei der Vornahme psychischer Behandlung in der Erzeugung richtiger Gegenvorstellungen.

Garrigou (87) fordert auch für Frankreich die Errichtung von Lehrstühlen für Balneo- und Hydrotherapie an den Universitäten, so wie sie in Deutschland schon bestehen. Regelmäßige Kurse sollten abgehalten werden. Staat und Kurorte müßten gemeinsam die Mittel bereitstellen.

In Form einer klinischen Vorlesung gibt **Berger** (14) über die Erkennung und Behandlung psychischer und nervöser Leiden in den Bädern einen Überblick. Die Arbeit enthält eine Menge von interessanten Hinweisen, die sich aber zu einem Referat nicht eignen.

Cornelius (39) fordert im Sinne seiner bekannten Nervenpunktlehre vom praktischen Arzt Berücksichtigung und Kenntnis derselben.

Die **Dreuw**'sche (53) Wasserdruckmassage eröffnet sowohl der Therapie als auch der Diagnose neue Wege. Wenn es noch bis vor kurzem schwierig war, in der Tiefe der natürlichen Körperöffnungen, Ösophagus, Rektum, hintere Urethra, Blase, vor dem Colliculus seminalis usw. eine Vibrationsmassage zu erzeugen, so ist die Lösung dieses Problems nunmehr erleichtert. Wenn man einen nach dem neuen Prinzip gebauten Katheter mit Gummimembran während der Vibrationstätigkeit anfaßt, so fällt sofort die Ähnlichkeit mit einem faradischen Strom und die Feinheit der Massage auf, die durch Aufdrehen des Wasserhahnes gesteigert werden kann. Da keine drehende Bewegung während des Betriebes stattfindet, indem das Wasser gezwungen wird, an Ort und Stelle der Applikation mittels einer schwingenden Membran Vibrationsarbeit zu leisten, so ist man tatsächlich in der Lage, sozusagen um die Ecke herum eine Vibrationsmassage anzubringen, so daß das hintere Zahnfleisch oder jede beliebige,



noch so versteckte Stelle der Nase oder des Zahnfleisches in Vibrationsmassage gesetzt werden kann. Die im Innern der Körperhöhlen stattfindende Massage bezeichnet Dreuw als Endomassage, im Gegensatz zu der bisher üblichen Ektomassage. Die bisher meist angewandte elektrische Vibrationsmassage ist keine eigentliche Vibrationsmassage, sondern eine Auf- und Abwärtsbewegung, eine Erschütterungsmassage, während die von Dreuw angegebene Massage tatsächlich durch die Vibration einer Membran erzeugt wird. Für die Neurologie und innere Medizin kommen Apparate zur Nervenmassage, zur Herzmassage, zur Behandlung der Hysterie (Ösophagusmassage), zur Warm-, Kalt-, Wechselwarmmassage, zur punktförmigen Haut- und Nervenmassage in Betracht.

Vermittels eines sehr billigen und einfachen Apparates ermöglicht **Hufnagel** (125) die Vornahme faradischer, monopolarer und dipolarer Wechselstrombäder.

Determann und **Gmelin** (45) haben vor der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe über das Gebiet der Klimabehandlung im Kindesalter berichtet.

Nach der Darstellung der physiologischen Sonderheiten des Kindes, der allgemeinen Wirkungen von Wasserbehandlung, Luft und Klima, der besonderen Reaktion des Kindes auf die Reize von Bädern und Klima und damit auch der Eigenart der Verwertung dieser beiden Heilmittel im Kindesalter geht Determann auf die Behandlung der verschiedenen Krankheitsgruppen im Kindesalter mit Wasser, Bädern, Klima über. Es zeigt sich nach den ganzen Ausführungen, daß Kinder doch ganz anders angefaßt und behandelt werden müssen als Erwachsene. Auch das kindliche Nervensystem verhält sich ganz anders als das der Erwachsenen.

van Breemen (26), Ischias und physikalische Therapie. Übersetzung des im vorigen Jahre in diesem Jahresbericht S. 902 erwähnten Aufsatzes. Derselbe enthält eine sehr gute Zusammenstellung der heut üblichen Behandlung der Ischias auf Grund von 124 sorgfältig beobachteten Fällen.

Wood (271). Allgemeine, etwas lückenhafte Bemerkungen über klimatisch balneologische Sanatoriumsbehandlung der Neurasthenie.

Porosz (198) empfiehlt neben der allgemeinen auch die lokale Behandlung der sexuellen Neurasthenie in Form der Faradisation der Prostata.

Ein sehr guter zusammenfassender Aufsatz eines in der Herzpathologie erfahrenen Arztes. Bei aller Anerkennung der modernen funktionellen Herzdiagnostik meint **Honigmann** (121) mit Recht, daß die Mittel der Diagnostik „künstlerisch“ sein müssen.

Großes Gewicht legt er auch auf die Berücksichtigung des psychischen Verhaltens bei kardiovaskulären Erkrankungen. Oft sieht man eine gewisse Verwirrtheit beim Erwachen, Namensverwechslung, eigenartige depressive Zustände, später nimmt die Verwirrung oft zu, Orts- und Zeitgedächtnis lassen nach, nicht selten kommen auch Verstumpfung und Verblödung vor. Alle diese Erscheinungen sind auf Veränderungen im Gehirn selbst zurückzuführen.

In der Mitte zwischen der chronischen Myodegeneration und der Herzinsuffizienz durch allgemeine Arteriosklerose steht eine Gruppe von Kranken, bei denen man von einer reinen Debilitas cordis, einem „Weakened heart“ sprechen kann. Diese Kranken sind vor allem körperlich leistungsfähig, haben auch mancherlei unangenehme Empfindungen in der Herzgegend. Die Prognose ist ex juvantibus zu stellen.

Kohlensaure Bäder hält **Rumpf** (216) bei den funktionellen Herzstörungen meist für überflüssig, auch wirkt in entsprechenden Badeorten das Zusammenleben mit schwer Herzkranken vielfach schädlich ein;



kalte Abreibungen und kühle Bäder von kurzer Dauer sind dagegen empfehlenswert, ebenso bei tachykardischen Beschwerden kalte Applikationen auf die Herzgegend; die Wirkung von elektrischen Vierzellen- oder Vollbädern ist unsicher (die bei Herzneurosen oft so wirksamen Sauerstoffbäder werden leider nicht erwähnt). (*A. Laqueur.*)

Sudhoff (246): Das vorliegende Heft schildert die Funde von Waschräumen und Badezimmern der älteren griechischen Zeit. Eine Reihe guter Abbildungen erläutern die Darstellungen, die sich auf Wannenbäder, Teilbäder und namentlich auf Übergießungen beziehen. Am meisten wird wohl den modernen Hydrotherapeuten das Bild einer Frühterrakotte aus der ältesten Epoche interessieren, die in primitiver Technik, aber doch deutlich, genau die Ausführungen eines Halbbades (Übergießung mit einer niedrigen Wanne von vorne her) darstellt. Nihil novi sub luna. (*A. Laqueur.*)

von Dalmady (41) beobachtete zur Beurteilung der hydropathischen Reaktionsfähigkeit, in welcher Zeit ein durch Fingerdruck erzeugter blasser Fleck der Haut von ca. 1 cm Durchmesser verschwindet. Die vor und nach der Prozedur erhaltenen Werte differieren um so stärker, je ausgeprägter die Reaktion, je größer die Reaktionsfähigkeit des Individuums ist.

Die Unterschiede zwischen der Wirkung der Wannen- und Freibäder von gleicher Temperatur und deren Ursachen sieht **Lenkei** (152) in folgendem:

„Die Ergebnisse dieser meiner Untersuchungen erweisen, daß der Organismus sich im und nach dem Seebad im allgemeinen und besonders in bezug auf das Verhalten der Muskel- und kontraktionsfähigen Elemente der Haut und der oberflächlichen Blutgefäße so verhält, als wenn derselbe in diesem durch einen geringeren Kältereiz getroffen würde, als der Temperatur des Wassers entspricht, und daß er seinen Wärmeverlust nach dem Seebad schneller und vermittels geringerer Muskelaktion (also mittels geringerem Stoffverbrauch) ersetzt als nach dem Wannenbad.

Diese abweichende, mildere Wirkung des Freibades wird in erster Reihe durch die in demselben mitwirkende stärkere Bestrahlung des Körpers hervorgerufen und zeigt sich um so ausgesprochener, je stärker die Bestrahlung ist. Unter den anderen mitspielenden äußeren Faktoren hat darauf auch die im Freibad ausgiebigere Körperbewegung einen nachweisbaren Einfluß. Diese beiden Faktoren bewirken, daß die oberflächlichen Kapillaren sich im Freibad in geringerem Maße kontrahieren. Die Wärmezufuhr durch Bestrahlung bewirkt auch, daß der Körper dabei endgültig weniger abgekühlt wird, als nach dem Wannenbad."

Tschlenoff (256) hat oft Schwierigkeiten den Franzosen gegenüber, sie zur Annahme der deutschen Hydrotherapie zu bringen. Er schätzt die Duschen der Franzosen hoch.

Über Indikationen und Technik von Duschen gibt **Brieger** (30) einen guten Überblick. Er empfiehlt besonders die Dampfdusche, die ja seit längerer Zeit von ihm für die verschiedensten, besonders neuralgischen Erkrankungen angewandt wird. Auch die von den Franzosen vielfach angewandten Duschenformen werden erwähnt und gerühmt.

Determann (44) empfiehlt heiße Tauchbäder von 37 bis 45 Grad Celsius und von 4 bis 8 Sekunden Dauer. Dieselben wirken als starker Reiz auf die Funktionen und heben vor allen Dingen die Muskelleistungsfähigkeit. Die physiologischen Wirkungen heißer Bäder längerer Dauer werden dabei also zielbewußt vermieden. Die erste Folge des Tauchbades ist eine heftige schreckartige Schmerzempfindung, ähnlich wie beim Tauchen in ein ganz kaltes Bad. Auf ein kurzes Erblassen der Haut folgt bedeutende



Hyperämie. Der Blutdruck steigt, der Puls wird zunächst klein, dann voll und langsam, die Atmung stockt, wird aber bald darauf eine gleichmäßige. Die Körpertemperatur wird infolge der kurzen Dauer des Bades nur sehr wenig gesteigert. Die Reaktion heißer Bäder erfolgt also ohne jede Herausforderungen aktiver Wehrbestrebung. Erkältungen kommen danach nicht vor. Die Indikationen sind nur beschränkt: spinale Neurasthenie mit schwerer Muskelschwäche, gewisse Fälle von jugendlichem Asthma, periphere Reiz- und Schmerzzustände, Neuralgien, besonders auf hysterischer Basis. Zur Abstufung des Gesamteingriffes und zu lokaler Behandlung, bei Beschäftigungskrämpfen usw. dient das heiße Teiltauchbad. (*Adolf Schnée.*)

Glamser (88) faßt die Resultate seiner Untersuchungen über die Hirnzirkulation in folgendem zusammen. „Wir haben bei vier verschiedenen Versuchspersonen mit großen Schädeldefekten 34 Versuche mit Kaltreizen und 23 mit Warmreizen, insgesamt also 57 Versuche vorgenommen. Bei allen Kaltreizen ergab sich ausnahmslos eine Verengerung der äußeren Gefäße des Ohres, bei allen Warmreizen eine Erweiterung derselben. Die Gehirngefäße zeigten in 34 Versuchen 30mal eine starke Erweiterung, 4mal keine deutliche Beeinflussung. In 23 Versuchen mit Warmreizen zeigte sich 22mal eine starke Verengerung, einmal keine deutliche Beeinflussung. Die Beifügung von Kohlensäure zum Wasser der warmen oder der kalten Bäder ergab keine von den einfachen Wasserbädern abweichenden Resultate.

Bei einer Versuchsperson mit sehr kleinem (nur fünfpfennigstückgroßem) Schädeldefekt ergaben sich keine brauchbaren Resultate.

Meine Untersuchungen an Menschen mit Schädeldefekten bestätigen mithin die zahlreich vorliegenden und übereinstimmenden Resultate des Tierversuchs. Kalte Bäder erweitern, warme verengern die Gehirngefäße. Es ist anzunehmen, daß diese Vorgänge auch beim Menschen aktiver reflektorischer Natur sind, wie das für die Kälteeinwirkung im Tierversuch erwiesen ist."

Hydro-Thermotherapie.

Frey (83) hat das Gewicht der in ärztlichen Kreisen bekannten Heißluftdusche vermindert und durch eine neue Anordnung der Zusammenfügung eine bessere Betriebssicherheit erzielt.

Fischer (71) beschreibt ein neues Modell einer Dampfdusche, das mit Leuchtgas geheizt wird und in 5—8 Minuten einen kräftigen konstanten Dampfstrahl ergibt.

„Zur Beseitigung der Gefahr der Verbrühung durch ausspritzendes Kondenswasser ist ein sinnreich konstruierter Kondenswasserzylinder angebracht, welcher dieser Möglichkeit absolut sicher vorbeugt."

Kirchberg (135) kombiniert mit Vorliebe Heißluft- und Massagebehandlung. Die dazu notwendigen Apparate werden durch Abbildung erläutert; besonders bei Gelenkerkrankungen, bei Neuralgien, auch bei Herzkranken ist die Anwendung zu empfehlen.

Brieger (29): Die feuchte Wärme durchdringt wegen ihrer ausgezeichneten Leitungskapazität sehr rasch die Organe des Körpers, um sich ebenso schnell und ausgiebig in deren Tiefen zu verteilen. Die Hyperämie ist also eine sehr langdauernde. Die besten Wirkungen bezüglich der Zirkulationsänderungen erzielt man durch die schottische Dusche.

Auch die Kombination der Dampfdusche mit Massage und Bewegungen in Form der sogenannten Dampfduschenmassage wurde als vorteilhaft gefunden.



Als wichtigste Indikation für die Dampfduschenmassage gelten Gelenkerkrankungen, Gicht, Rheumatismus, Neuralgien, Wirbelsäulenversteifung, Nachbehandlung von traumatischen Gelenk- und Knochenerkrankungen, Kontrakturen, Beschäftigungsneurosen, Plattfußbeschwerden, Kokzygodynie, Muskelrheumatismus.

Fürstenberg hat eine transportable Einrichtung einer Dampfdusche, „Vapophor" genannt, ersonnen.

Auch **Stieglitz** (244) zieht die Heißluftdusche anderen Heißluftapplikationen vor, und zwar wegen ihrer großen Regulierbarkeit und Bewirkung auf Schmerzstillung und Resorption entzündlicher Produkte.

Ausgehend von der Annahme, daß die Seekrankheit in erster Linie entsteht durch mangelhafte Blutversorgung des Gehirns, hat **Leyden** (155) eine elektrische Wärmekompresse für die Stirn konstruiert, die mittels eines Steckkontaktes an jede Leitung angeschlossen werden kann. Das Temperaturoptimum liegt meist schon bei 35° C. Die Binde bewährt sich auch bei Kopfschmerzen auf anämischer Basis, bei Benommenheit, nach Blutverlusten usw. Eine Erprobung bei Seekrankheit an größerem Material steht noch aus. Doch ermutigen die bisherigen Erfolge sehr. Bei schwerer Seekrankheit wird wohl nur eine Erleichterung durch die Binde geschafft werden können. (*H. Engel.*)

Klimato-Äro-Phototherapie.

Es ist zu begrüßen, daß mehr und mehr auch die Theoretiker an praktisch-therapeutischen Fragen sich beteiligen. **Dove** (49) bespricht die Grundlagen und Methoden heilklimatischer Beobachtungen. Nach seiner Ansicht stellt sich eine Abgrenzung der Methoden, die Meteorologie, Klimatologie und medizinische Geographie anzuwenden, als immer notwendiger heraus.

Hellpach (111) unternimmt den ersten Versuch, die Einflüsse von Wetter, Klima und Landschaft auf das Seelenleben zusammenhängend darzustellen. Das Buch birgt eine Fülle von Gedanken und Überlegungen, die sich größtenteils stützen auf Einzelerfahrungen, althergebrachte Urteile, Eindrücke, Reisebeschreibungen. Es war gewiß schwer, aus all dem das Brauchbare und Wertvolle herauszusuchen und einer genauen Analyse zu unterwerfen. Um vieles muß der Verfasser begreiflicherweise „herumreden", da sich etwas präzises nicht sagen läßt. Immerhin ist es zu begrüßen, daß einmal der Anfang gemacht ist zu einer ernsthaften objektiven Betrachtung der geopsychischen Erscheinungen.

Vielleicht mißt der Verfasser den Einflüssen von Wetter und Klima auf die körperlichen Vorgänge zu wenig Raum in seinen Ausführungen zu. Durch sie würde sicher oft mehr, als Hellpach betont, auch das Seelenleben beeinflußt werden. Besonders auffällig ist die nicht genügende Berücksichtigung der tiefeingreifenden Einflüsse des Höhenklimas, wahrscheinlich infolge des geringen Sauerstoffangebots auf die Funktionen, Einflüsse, die im ganzen als im Sinne der Anregung und Übung aufgefaßt werden können, die aber, wenn zu stark, das schwere Krankheitsbild der Bergkrankheit hervorrufen können. In der Untersuchung der tatsächlichen Einflüsse des Klimas auf die körperlichen Funktionen müssen wir noch weiter kommen. Bis jetzt ist ja allerdings wegen der geringen Kenntnis auf dem Gebiete der Klimatotherapie dieselbe teilweise auf rein empirisch begründeten Ratschlägen basiert.

Am weitesten werden wir noch kommen durch die Betrachtung der vergleichenden Tierphysiologie, die schon Hellpach in weitem Maße berück-



sichtigt hat. Die Einflüsse von Landschaft und Klima lassen sich ja nicht immer gut auseinander halten. Die Analyse der Einflüsse der Landschaft auf das Seelenleben ist beinahe noch schwieriger als die des Wetters und des Klimas. Hellpach sucht sich klar zu werden, was in der Landschaft eigentlich wirke, die Farbe, Formen, die hör-, riech- und fühlbaren Landschaftselemente; aber auch von diesen Einzelfaktoren ist die Synthese zu wirksamen Landschaftsbildern schwierig.

Hellpach empfiehlt, mit strenger Methodik weiter vorzugehen, die sich erstrecken muß auf Beobachtungen und Untersuchungen der Wirkung von einzelnen Landschafts-, Klima- und Wetterelementen auf bestimmte psychische Äußerungen. Die Synthese dieser einzelnen Untersuchungen wird allerdings schwierig sein.

Farkas (68): „Das Wetter und eine jede Veränderung desselben repräsentiert einen Nervenreiz, der eine Reaktion seitens unseres Organismus auslöst. Die Reaktion über eine gewisse Grenze hinaus ist eine Krankheit. Die eigenartige Empfindlichkeit bzw. zuverlässige Vorempfindung gegen den Wetterwechsel in dem Sinne, daß die betreffenden Individuen gewisse Symptome schon 24—36 Stunden vor dem Wetterwechsel, vor Regen, Wind, Schnee, Gewitter usw. mit Verläßlichkeit zeigen, möchte ich als Krankheit oder nur, wenn auch als Krankheitssymptom, mit dem Terminus: Wetterfühlen bezeichnen."

Das Wetterfühlen ist als eine eigenartige reaktive Erscheinung, sicherlich als nervöses Symptom aufzufassen.

Verfasser möchte mit Kassowitz annehmen, daß auf jeden Reiz hin ein Protoplasmazerfall eintritt, der bei manchen eben größer als normal sei. So wie Farkas scheint auch Referenten bei der Ursache der eigenartigen Wetterempfindlichkeit die sich jeweilig ändernde atmosphärische Elektrizität die Hauptrolle zu spielen. Darüber hat neuerdings **Dorno** (48), „Studie über Licht und Luft des Hochgebirges", wertvolle Untersuchungen angestellt. Die Leitfähigkeit ist z. B. ganz verschieden bei Schnee- und Regenfällen, im Freien und in geschlossenen Räumen oder gar in Hallen. Besondere Änderungen scheint sie zu erfahren bei Föhn, Schirokko usw.

Bornstein (21): Die Erscheinungen der sog. „Preßluftkrankheit" kommen bekanntlich nicht während des Aufenthaltes in komprimierter Luft, sondern nach oder beim Verlassen der mit Preßluft gefüllten Räume — bei oder nach der Dekompression — zustande, und zwar dadurch, daß in den mit verdichteter Luft gesättigten Organen beim Übergang zum Atmosphärendruck Gasblasen, im wesentlichen aus Stickstoff bestehend, frei werden. Zur Verhütung dieser „Dekompressionskrankheit" sind 2 Methoden üblich: die gleichförmige Dekompression, bei der nach den Schrötterschen Angaben der Druck allmählich und ganz gleichmäßig erniedrigt wird, und zwar so, daß er in je 20 Minuten um je eine Atmosphäre fällt, und die Haldanesche Methode der „etappenweisen Dekompression", bei der gleich am Anfang der Druck auf die Hälfte erniedrigt wird, hierbei eine gewisse Zeit verharrt, dann wieder auf die Hälfte des vorhandenen Druckes herabgehen soll usw., bis man beim Atmosphärendruck angelangt ist. Die Untersuchungen des Verfassers haben die zweifellose Überlegenheit der letzteren Methode ergeben. Verfasser hat auch die Zuntzsche Methode geprüft, nach welcher bei der Dekompression reiner Sauerstoff eingeatmet wird, um die Ausscheidung des Stickstoffs durch die Lungen zu beschleunigen, und hat gefunden, daß das Verfahren ungefährlich und nützlich ist. Es ist aber zur allgemeinen Einführung zu kompliziert und zu kostspielig. Als wichtigstes und sicherstes Hilfsmittel bei der Dekompression empfiehlt der Verfasser die körperliche



Arbeit, durch die der Stickstoff fünf- bis zehnmal so schnell ausgeschieden wird, als bei der gewöhnlichen gleichförmigen Dekompression. Ob dies Mittel auch bei Arbeiten unter sehr hohem Druck (4—6 Atmosphären) so günstig wirkt, sollen weitere, bereits in Vorbereitung befindliche Versuche lehren. (*Gotthelf Marcuse.*)

Brustein (34): Die Anwendung des Lichtes zur Behandlung von nervösen und psychischen Erkrankungen stützt sich auf experimentelle und klinische Erfahrungen, die hinsichtlich der Einwirkung des Lichtes auf den Stoffwechsel, der Zusammensetzung des Blutes, der Blutverteilung innerhalb des Körpers (Erweiterung der Hautgefäße), der Einwirkung auf die Leistungsfähigkeit der Drüsen, auf Wachstum und Regeneration der Gewebe, des tonisierenden Einflusses auf das Zentralnervensystem und schließlich hinsichtlich des Einflusses der einzelnen Farben auf den psychischen Zustand gewonnen sind. (*Schless.*)

Stäubli (239) äußert sich über den physiologischen Einfluß des Höhenklimas auf den Menschen dahin, daß er die Luftdruckverminderung resp. die dadurch bedingte Herabsetzung des Sauerstoffpartialdrucks verantwortlich macht. Was nun den Blutdruck anbelangt, so wird er durch die Luftdruckerniedrigung innerhalb praktisch in Frage kommender Grenzen anscheinend nicht beeinflußt. Auch die Einflüsse auf Pulsfrequenz, Temperatur, Stoffwechsel, Stickstoffbestand, Nervensystem und Psyche werden erörtert.

Glax, **Barbier** und **Mora** (91) erörtern die besonderen Bedingungen der Wirksamkeit der verschiedenen Meeresstationen unter Berücksichtigung ihrer speziellen klimatischen Eigentümlichkeiten. „Besonders hob Herr Glax hervor, daß die von Löwi und seinen Mitarbeitern im feuchtkühlen Sommerklima der Nordsee festgestellte blutdruckerniedrigende Wirkung von ihm selbst in den Herbstmonaten des mittelfeuchtwarmen Seeklimas ebenfalls beobachtet wurde. Wichtig sei auch die diuretische Wirkung der feuchten Luft."

„Herr Barbier und Mora heben in ihren schriftlich überreichten Schlußfolgerungen hervor, daß im allgemeinen leicht erregbare Patienten Meeresstationen mit sedativem, torpide dagegen Meeresstationen mit erregendem Charakter aufsuchen sollten, wobei jedoch der Einfluß des Klimas nicht so sehr von der geographischen Lage des Ortes an und für sich als von lokalen Verhältnissen abhängig ist. Allerdings kann auch der Breitegrad, unter welchem die Meeresstationen liegen, von Bedeutung sein, indem besonders die Temperatur zu erschlaffend oder zu erregend wirken kann."

Nach **Glax** (90) ist der Jodgehalt der Seeluft nicht, wie Roemheld meinte, geeignet, gewisse Gefahren bei Morbus Basedowii zu bieten, Glax ist vielmehr der Überzeugung, daß in vielen Fällen abnormer Tätigkeit der Thyreoidea die als Morbus Basedowii bekannten Erscheinungen an der See ebenso schwinden können wie im Hochgebirge.

Gmelin (93) erörtert die Eigenart der physiologischen Wirkungen des Seeklimas, wobei er zugesteht, daß im Vergleich zum Höhenklima das Seeklima arm ist an wissenschaftlich brauchbaren Untersuchungen, die seine Indikationen stützen, seine Erfolge erklären könnten. An der Haut des Kindes greifen die klimatischen Faktoren an. Von ihr aus werden die mächtigsten Einflüsse auf die meisten Funktionen geltend gemacht.

Als besondere Indikationen im Kindesalter für die Anwendung des Seeklimas werden genannt: allgemeine Schwäche, exsudative Diathese, asthmatische Bronchitis, Skrofulose, Ekzem, die Knochen- und Weichteiltuberkulose, Anämie, Rachitis, nervöse Störungen.

Als Kontraindikationen gelten:

1. der nervöse, magere, blasse Habitus kleinerer Kinder, die sich noch nicht genügend bewegen und ausarbeiten können, um gegen die Wärmeentziehung zu reagieren. Auch nach der Jahreszeit wird eine größere oder geringere Reaktionsfähigkeit erlangt werden müssen,
2. konsumptive und degenerative Krankheiten,
3. interstitielle Nephritis.

Auch **Baginsky** (7), der erfahrene Kinderarzt, findet, daß besonders bei Kindern eine Steigerung und Belebung des Stoffumsatzes sowie besonders eine Hebung der Leistungen der drüsigen Organe zustande kommt. Die Skrofulösen, die zu Katarrhen Neigenden, Rachitischen, manche Herzkranke, manche anämische und nervöse Kinder werden an der See mit Vorteil behandelt.

Helwig (112) unterscheidet sedative und irritierende Faktoren. Sedative sind die Reinheit, der hohe Feuchtigkeitsgehalt und die relative Temperaturkonstanz der Seeluft, irritierende die Lichtfülle und dauernde Bewegung. Beide Gruppen sind im Kindesalter zu benutzen. Das Seebad selbst ist nur mit größter Vorsicht anzuwenden.

Auch Walderholungsstätten an der See sind nach **Effler** (58), der über die glänzenden Erfolge der Walderholungsstätte Heubude bei Danzig berichtet, ein vielversprechender Behandlungsort für Kinder.

Edel (57): Für Kinder ist auch der Winter an der See gut, da die Einförmigkeit des Lebens, die langen Abende ihnen wenig ausmachen. Das Klima zeigt auch im Winter gute Erfolge bei Asthma, chronischer Bronchitis, Knochentuberkulose und allgemeiner Nervosität.

Die Frage der Schiffssanatorien wurde durch **Paull**, **Diem**, **Leyden**, **Simons** (190) erörtert. Trotz aller Schwierigkeiten und Gegengründe halten sie daran fest, daß man mit allen Mitteln eintreten soll, die Frage vorwärts zu bringen.

Besonders **Paull** (189) ist schon seit langer Zeit für das Problem der Schiffssanatorien eingetreten. Er hat alles darüber Sagenswerte in einer längeren Arbeit zusammengefaßt. Unter Hervorhebung der Eigenart und der Wirkungen der ozeanischen Kräfte werden die für ein Ozeansanatorium geeigneten Krankheiten zitiert. In erster Linie kommen in Betracht die Erkrankungen der Respirationsorgane, Nervosität, Neurasthenie, die verschiedenen Erkrankungen des Blutes, auch Stoffwechselkrankheiten, insbesondere Gicht und Rheumatismus. Die fortwährende Veränderung des Standortes, die Möglichkeit der Wahl eines zu jeder Zeit passenden Klimas, auch der Wechsel des Aufenthaltes, das Aufsuchen verschiedener Länder, die wechselnden Eindrücke vereinigen sich, um eine günstige Gesamtwirkung herbeizuführen. Als Kontraindikation will er nur die schwere Form der Seekrankheit gelten lassen, von schweren Krankheitszuständen nur Formen von Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, Neigung zu Hämoptöe, Glaukom, Epilepsie, Melancholie, Dermatosen u. dgl. m. Sodann wird eine Schilderung der inneren und äußeren Einrichtungen des Ozeansanatoriums gegeben.

Balneotherapie.

Löwy (164). Zum Brunnenrausch neigen vor allen Dingen psychopatische und zirkulatorisch gestörte Fälle; auch Übermüdung, unzweckmäßige Ernährung begünstigen die Entstehung. Löwy bezeichnet die Ausdrucksform der Brunnenkrise als „kongestive Unruhebilder“. Die Aufnahme von Kohlensäure soll eine Rolle spielen.



Schulhof (229) teilt seine Erfahrungen über die Wirkung der Thermalbäder bei gewissen schweren Nervenkrankheiten, welche als Nebenindikation oft in seine Behandlung geraten, mit. Die Besserung von Erscheinungen, Schmerzen und dgl. war oft eine sehr erhebliche. Es scheint dem Referenten nur nicht zweckmäßig zu sein, 2 mal täglich 10—15 Minuten dauernde Bäder von 35—37 ^{0} C, bei Schmerzen sogar bis 40 Minuten Dauer zu geben.

Kionka (132). Die Starkquelle von Levico-Vetriolo ist nach den Ergebnissen der Untersuchung als eine stark mineralisierte, arsenikhaltige, saure Eisensulfat- (Eisenvitriol-) Quelle zu bezeichnen. Die Schwachquelle als Eisensulfat- (Eisenvitriol-) Quelle. Beide Quellen zeigen eine befriedigende Gleichartigkeit der Gesamtkonzentration. Der Hauptwert des Levico-Wassers liegt in dem gleichartigen Vorhandensein von Eisen und Arsen; Arsen ist darin als arsenige Säure in stets gleichbleibender Menge enthalten. Die therapeutischen Indikationen sind: Neurosen, Neuralgien, Kardialgien, Chorea, chronische Hautausschläge, Blutkrankheiten, Malaria, Lues. Auch zum Baden sind die Levico-Quellen zu benutzen, wobei sie stark adstringierende Eigenschaften besitzen. Hierdurch eignen sie sich besonders für hartnäckige Hauterkrankungen, lange bestehende entzündliche Prozesse mit und ohne Exsudativbildungen, namentlich auch für Frauenkrankheiten. (*E. Tobias.*)

Nach den Versuchen von **Severino Croce** (233) scheint Arsendarreichung den Stoffwechsel zu verlangsamen und die Gesamtheit der Oxydationen zu vermindern.

Löbl (160) widerspricht Gottschalk bezüglich der Bäderzulässigkeit bei Menstruierenden. „Er zieht aus dem von ihm wissenschaftlich durchforschten Terrain die kritische Schlußfolgerung, daß aus einwandfreien Voraussetzungen eine bejahende Schlußregel formuliert werden darf."

Eine praktische Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wassertemperatur im Dauerbad gibt **Rein** (205) an. Die Vorrichtung besteht in einem 10 m langen eisernen Dampfheizrohr, das um die Außenwand der Eisenwanne gelegt ist, und das in Verbindung mit einer Niederdruckdampfheizung steht. Es wird erreicht, daß die Luft zwischen Wanne und Mantel erhitzt, aber eine lokale Überwärmung der Wannenwand oder des Mantels vermieden wird. Die Einrichtung hat sich seit längerer Zeit in dem Betrieb von Rein bewährt, eine Verbrennung des Kranken ist ausgeschlossen. Die Vorrichtung läßt sich ohne Schwierigkeiten anbringen, an Wasser wird gespart.

Schütz (231) gibt einen kurzen Überblick über die wichtigsten, auf dem Gebiete der künstlichen Gasbäder erzielten technischen Herstellungsarten, auf die Patentschutz erteilt wurde. Man lernt auf diese Weise die verschiedensten Methoden kennen, mit denen die große Menge von Kohlensäurebädern, Sauerstoffbädern, Heißluftbädern hergestellt werden von der ältesten Zeit bis in die Gegenwart; Schütz enthält sich dabei jeder Kritik über die praktische Bedeutung der einzelnen Fabrikate. (*E. Tobias.*)

Schemel (219) hat folgende Apparate bezüglich ihrer Brauchbarkeit verglichen:

1. Apparat zur Herstellung von CO_2-Bädern, System Michal.
2. Apparat zur Herstellung von CO_2-Bädern, „Non plus ultra", von Max Praschka, Wien.
3. Apparat zur Herstellung von CO_2-Bädern, „Gloria", von Butzke & Co.
4. Webers Sprudelbad.

Die Bäder selbst sind bei allen Bädern gleich gut. Der Gloria- und Michal-Apparat bezüglich weniger Platz, das Webersche Sprudelbad zur Herstellung von Luftperlbädern, zur Bereicherung des hydrotherapeutischen Rüstzuges ist sehr zu empfehlen.



v. Klumsky (138) fand bei Anwendung der elektrischen Durchwärmung in verschiedenen Fällen von Ischias, Trigeminus-Neuralgie befriedigende Erfolge. Im ganzen ist er nicht geneigt, der Methode große Bedeutung beizusprechen.

Die Versuche von **von der Heide** (107) über den Kohlensäuregehalt verschiedener Formen natürlicher und künstlicher Kohlensäurebäder und der darüber lagernden Luftschichten ergeben, daß die künstlichen Bäder viel schneller und auch viel mehr Kohlendioxyd exhalieren als die natürlichen. Auch die Verteilung der Kohlensäure im Wasser ist in den künstlichen Bädern nicht so gleichmäßig wie in den natürlichen. In bezug auf den Gesamtgehalt an Kohlensäure bleiben die künstlichen gegenüber den natürlichen Bädern weit zurück.

Radiumbehandlung.

Nach einer Reihe von Versuchen nimmt **Grabley** (97) an, daß die induzierte Radioaktivität auf Körper negativen Potentiales „Causa movens" bestimmter klimatischer Einflüsse ist. So werden die Befindensstörungen vor Gewitter, vor Witterungswechsel, die Besserung mit dem Eintreten von Niederschlägen von ihm für erklärlich gehalten.

Steffens (241) findet einen Zusammenhang des Auftretens rheumatischer, gichtischer und gewisser nervöser Beschwerden mit dem Heruntergehen der Ionenzahl in der Luft. Mit einer Ionenwendung erklärt er auch die Wirkung radioaktiver Bäder. Er versucht, vermittels des Induktoriums eines Röntgenapparates eine Anionenbehandlung bei rheumatischen, nervösen und einigen anderen Beschwerden. Der Erfolg soll ein ausgezeichneter gewesen sein.

Gudzent (102) hält die Anwendung der Bäder nicht für zweckmäßig, da durch die Haut keine Aufnahme von Radiumemanation stattfindet. „Bei der Darreichung per os wird die Emanation zu rasch ausgeschieden. Die zweckmäßigste Form ist die Inhalation in besonders dazu hergerichteten Räumen, in denen der Patient mindestens zwei Stunden verweilen muß. Die Anwendung von radioaktiven Kompressen ist nur bei ganz umschriebenen Affektionen anzuraten. Besser ist in diesen Fällen die Injektion von Radiumsalzen in die Umgebung der erkrankten Körperteile. Die Indikationen sind besonders chronischer Gelenk- und Muskelrheumatismus, lanzinierende Schmerzen bei Tabes, Neuralgien, Gicht und harnsaure Diathese."

v. Noorden und **Falta** (183) haben die Wirkung großer Dosen von Radiumemanation geprüft. Sie vermeiden solche Kuren bei Patienten, die mitten in der Arbeit stehen, empfehlen vielmehr Ruhe an Kurorten, Spitälern und Sanatorien.

Sie fanden bei 75 Fällen die Emanationswirkung besonders günstig bei akuten Gelenkerkrankungen, noch mehr bei chronischen Gelenkerkrankungen, in mehreren Fällen auch bei Neuralgien. Bei Diabetes mellitus scheint eine Steigerung der Zuckerausscheidung und des Azetons zu erfolgen.

Um den Körper längere Zeit mit Emanation von Radium zu versorgen, empfiehlt **Mendel** (173) die direkte subkutane und intramuskuläre Injektion von Emanationswasser, das von der Radiogengesellschaft Charlottenburg hergestellt wird. Mit dem Inhalt einer Ampulle von 2 ccm werden nicht nur 116000 Volteinheiten = 1000 Macheeinheiten injiziert, welche in der sterilen Kochsalzlösung aufgespeichert sind, sondern die in der Lösung enthaltene radioaktive Substanz wird fort und fort Emanation in die Blutbahn entsenden und dadurch die Heilwirkung der Injektion unterhalten und verstärken. Damit ist eine exakte Dosierung von Emanation gestattet. Es werden Radiumdepots angelegt. 14 mitgeteilte Fälle erwiesen nach An-



gabe des Verfassers die völlige Unschädlichkeit und den häufigen Nutzen, besonders bei gichtisch rheumatischen Erkrankungen. Bemerkenswert ist nach Mendel die Einwirkung auf die Vasomotoren im Sinne einer Gefäßerweiterung, die bei der Erythromelalgie zur Verschlimmerung, aber bei der Raynaudschen Krankheit zweifellos zu einer Besserung eines der Therapie trotzenden Leidens führen kann.

Die bekannte Wirkung der Radiumstrahlen, das Lezithin zu zersetzen, ist von Neuberg mit der Beeinflussung autolytischer Fermente durch das Radium erklärt worden. Demgegenüber führt **Werner** (261) die Versuche von Mesernitzky an, die zeigten, daß auch im gekochten Hühnerei, wo also Fermente nicht mehr vorhanden sind, das Lezithin ganz ähnlich wie im rohen Ei durch Radiumstrahlen zersetzt wird; außerdem erleiden nach Versuchen Orlows auch die mannigfachsten sonstigen chemischen Substanzen (z. B. Paraffine) eine Zersetzung unter jener Bestrahlung. Der Prozeß, der die biologische Wirkung der Radiumstrahlen bedingt, besteht also nicht allein in Fermentzerstörung oder in Lipoidzersetzung, sondern er ist aus einer ganzen Anzahl von Komponenten zusammengesetzt, die allerdings noch eines näheren Studiums bedürfen. (*A. Laqueur.*)

Hirz (118) meint, in 6 Fällen von Gicht und Neurasthenie durch Injektionen der Akratotherme in Brennerbad gute Resultate gesehen zu haben.

Benczur (12) sah in einem Fall von chronischer Arthritis verbunden mit Sklerodermie unter dem Einfluß einmonatlichen Trinkens von radioaktivem Wasser (in drei Dosen pro Tag 116000 Volt) eine wesentliche Besserung.

Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

Ref.: Dr. G. Flatau-Berlin.

1. Babinski, Charpentier et Delherm, Radiothérapie de la Sciatique. Revue neurol. I. p. 525. **(Sitzungsbericht.)**
2. Bergonié, J., Les progrès du traitement électrique de la paralysie infantile. Le Journal médical français. No. 4. p. 223.
3. Boettiger, Über elektrische Ermüdungserscheinungen an den Muskeln degenerativer Lähmungen. Neurol. Centralbl. p. 1205. **(Sitzungsbericht.)**
4. Bonnefoy, Traitement du goitre exophtalmique par les courants de haute fréquence appliqués au moyen du lit condensateur. Congr. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences. Dijon.
5. Bordier, H., Les indications thérapeutiques des différentes formes de l'énergie électrique. Le Journal médical français. No. 4. p. 231.
6. Boruttau, H., Ist die Polumkehr bei der Entartungsreaktion echt oder scheinbar? Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 3. p. 350.
7. Derselbe, Mann, L., Levy-Dorn und Krause, P., Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre. Bd. II. 1. Hälfte. Leipzig. W. Klinkhardt.
8. Bousquet, E., Contribution à l'étude de l'électrothérapie des sciatiques. Thèse de Montpellier.
9. Brustein, S., Die physiologische Wirkung des Lichtes in dem Kellogschen Lichtbade. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 26. p. 1216.
10. Clark, F. E., Electrotherapeutics. Denver Med. Times and Utah Med. Journal. Aug.
11. Clunet, Jean, et Raulot-Lapointe, Radiothérapie du goitre exophtalmique. Revue neurol. 2. S. p. 801. **(Sitzungsbericht.)**
12. Cluzet, Appareil et méthode simples pour l'électro-diagnostic. Lyon médical. T. CXVII. p. 1168. **(Sitzungsbericht.)**
13. Cohn, Toby, Elektrotherapie. Handb. d. Neurol. 1910. I. 1385—1444.
14. Derselbe, Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. 4. vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin. S. Karger.



15. Courtade, Denis, La sciatique et son traitement électrique. Journal de Médecine de Paris. No. 26. p. 515.
16. Delherm, L., Elektrotherapie bei der Syringomyelie. Arch. d'électr. méd. **19.** I. 364.
17. Derecq, La sciatique et son traitement électrique. Journal de Méd. de Paris. No. 47. p. 917.
18. Dieffenbach, William H., Electric Treatment of Obstruction and Postoperative Paralysis of the Bowel. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 13. p. 958.
19. Doumer, E., Weitere Studien über die Arsonvalisation. Zeitschr. f. med. Elektrol. XIII. 11—13.
20. Erfurth, August, Zur Wirkung des galvanischen Stromes auf den Blutstrom. Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 15. H. 5. p. 274.
21. Faber, Alexander, Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Sexualorgane von Tier und Mensch. II. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XVI. H. 6. p. 435.
22. Fontana, M., Delle cure fisiche e specialmente dell'elettro-terapia nel tratamento delle nevralgie. Gior. di elett. med. XII. 88—91.
23. Forli, Vasco, Valore clinico della reazione degenerativa a distanza di Ghilarducci. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 441.
24. Fraenkel, Manfred, Nervöse Störungen auf sexueller Grundlage und ihre günstige Beeinflussung durch Röntgenstrahlen. Centralbl. f. Röntgenstrahlen. No. 4—5. p. 122.
25. Fumarola, G., Electricity in Treatment of Post-Diphtheritic Paralysis of the Velum. Policlinico. No. 11.
26. Galcerán Gasper, A., Alcances de la electroterapia en la parálisis infantil. Med. de los niños. XII. 11. 43.
27. Gildemeister, M., Über einige neuere Ergebnisse der elektrischen Reizphysiologie in ihrer Beziehung zur Elektrodiagnostik. Neurol. Centralbl. p. 888. **(Sitzungsbericht.)**
28. Gouilloz, Traitement électrique de certaines paralysies faciales présentant la réaction contro-latérale. Congr. de l'Assoç. franç. pour l'avanc. des Sciences. Dijon.
29. Derselbe, De l'utilité de l'examen électrique pour le diagnostic d'une paralysie hystérique simulant une paralysie organique périphérique. Congr. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences. Dijon.
30. Grabley, Paul, Über unipolare Hochfrequenzbehandlung. Klin.-therapeut. Wochenschrift. No. 26. p. 714.
31. Green, B. T., Direct Electrical Current in Scientific Medicine. Journ. of Minnesota State Med. Assoc. and Northwestern Lancet. Sept. 1.
32. Grunmach, Gesichtsneuralgie durch Röntgenbehandlung geheilt. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 911.
33. Hampson, W., A New Form of Apparatus for Rhytmically Varying the Strength of Electrical Currents. Journ. Röntg. Soc. London. 1910. VI. 114.
34. Hazen, C. M., Physiological Action of Certain Electric Currents. Virginia Med. Semi-Monthly. Febr. 24.
35. Heilbrun, Richard, Neuerungen an elektromedizinischen Anschlussapparaten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 28. p. 1313.
36. Hernaman-Johnson, Francis, A Case of Infantile Paralysis in a Girl Aged Five Years. Treatment by Electricity and a Specially Devised Boot with Concealed Supports. The Lancet. I. p. 1700.
37. Hernaman-Johnson, F., Surgery and Electro-Therapeutics in Infantile Paralysis: Attempt to Define Sphere of Each. Brit. Journ. of Childrens Disease. Dec.
38. Heüman, G., Några undersökningar angående den elektriska smaken. Einige Untersuchungen betreffend den elektrischen Geschmack. Upsala Läkareför-Förhandling. Ny Följd. B. XVII. H. 1—2. p. 130. und Zeitschr. für mediz. Elektrologie. Bd. XIII. p. 133.
39. Humphris, F. Howard, On the Use of Compressed Gases for Increasing the Efficiency of the Static Electricity. Medical. Record. Vol. 80. p. 705. **(Sitzungsbericht.)**
40. Derselbe, Neurasthenia and its Treatment by Electricity. ibidem. Vol. 80. p. 707. **(Sitzungsbericht.)**
41. Jellinek. S., Kinematographie im Dienste der Elektropathologie. Wiener klin. Wochenschr. No. 25. p. 909.
42. Kahane, Max, Über Hochfrequenzströme und ihre Indikationen. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. XV. H. 8—10. p. 449. 519. 600.
43. Keller, Koloman, Über myasthenische elektrische Reaktion. Klinikai füzetek. No. 7. Ungarisch.
44. Kindred, J. J., Static Electricity in Nervous and Mental Diseases. Medical Record. Vol. 80. p. 706. **(Sitzungsbericht.)**
45. Koster, W. und Cath, J. G., Behandlung von Augenleiden mittels Radium. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55.** **(2.)** 633. 702.



46. Kowarschik, Josef, Ein neuer Vierzellenbadschalter. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 11. p. 580.
47. Kraft, de, The Development of High Potential Currents as Applied to Medical Uses. Medical Record. Vol. 80. p. 705. **(Sitzungsbericht.)**
48. Labeau, Recherches nouvelles sur la radiothérapie du tabes. Ann. d'électrobiologie et de radiologie. No. 10.
49. Derselbe, Contribution à l'étude de la radiothérapie des différentes affections de la moelle; syringomyélie, tabes, sclérose en plaques. Congr. de l'assoç. franç. pour l'avanc. des Sciences. Dijon.
50. Laborderie, J., Sur un cas de sciatique traitée par l'électrolyse de hyposulfite de soude. Arch. d'électric. méd. XIX. 398—400.
51. Laquer, A., Über die therapeutische Anwendung von Hochfrequenzströmen. Zusammenfassende Uebersicht. Die Therapie der Gegenwart. No. 1. p. 32.
52. Derselbe, Die Behandlung mit Hochfrequenzströmen. (D'Arsonvalisation und Thermopenetration respektive Diathermie.) Medizin. Klinik. No. 49. p. 1889.
53. Laquerrière, A., Nutzen der elektrischen Behandlung bei Basedow fruste. Arch. d'électr. méd. **19.** I. 229.
54. Derselbe et Lourier, Lavement électrique. Gaz. des hôpit. p. 1982. **(Sitzungsbericht.)**
55. Leduc, Stéphane, Electrical Treatment of Neurasthenia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 151.
56. Leyden, Hans, Thermoelektrische Stirnbinde gegen Gehirnblutleere bei Seekrankheit usw. Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. No. 7. p. 219.
57. Licciardi, S., La corrente frankliniana in terapia fisica. Gazz. med. di Roma. XXXVII. 142—148.
58. Machado, Virgilio (Freie Übersetzung von Dr. Zanietowski). Die direkten und indirekten Applikationen der Elektrizität in der Medizin und Chirurgie. Zeitschr. f. Elektrologie. Bd. 13. H. 2—3. p. 37. 72.
59. Malcongi, D., Reazione elettrica dei nervi motori allo stimolo galvanico. Gior. di elett. med. XII. 77—87.
60. Mann, Ludwig, 1. Ein Fall von ungewöhnlicher Erregbarkeitsveränderung nach Durchtrennung eines peripheren Nerven (N. accessorius). 2. Erregbarkeitssteigerung bei narkoleptischen Anfällen. Zeitschr. f. mediz. Elektrologie. H. 13. H. 3. p. 80. 82.
61. Marquès, Radiothérapie de la syringomyélie. Congrès de Toulouse. 1910. août. p. 149.
62. Massey, G. B., Report of Direct Continuous Current. Medical Record. Vol. 80. p. 705. **(Sitzungsbericht.)**
63. May, Otto, The Response of Normal and Abnormal Muscle to Leducs Interrupted Current. Brain. Vol. 34. Part 2—3. p. 272.
64. Méret, H., Quelques accidents hystériques traités par l'électrisation statique. Normandie méd. XXVII. 246—249.
65. Metcalfe, James, Electricity in Neurasthenia. Brit. Med. Journal. I. p. 357.
66. Mosher, J. M., Electrotherapy. Handb. Pract. Treat. (Musser & Kelly.) Philad. and London. 600—631.
67. Negro, C., A proposito della elettrolisi della sostanza nervosa dell'encefalo nella fisiologia sperimentale e specialmente nella pratica chirurgica. Riv. neuropat. III. 97—107.
68. Pereschiwkin, N., Zur Frage der Röntgentherapie bei Basedowkrankheit. Russ. Arzt. **10.** 1378.
69. Pfahler, G. E., A Pendulum for Interrupting the Static Wave Current. Journ. Advanc. Therap. 1910. XXVIII. 583—589.
70. Pitcher, Herbert F., Report of Static Currents and Apparatus. Medical Record. Vol. 80. p. 705. **(Sitzungsbericht.)**
71. Derselbe, Some of the Therapeutic Indications of High Frequency Currents. ibidem. Vol. 80. p. 706. **(Sitzungsbericht.)**
72. Price, G. E., Electro-therapeutics Including High Frequency Currents. Med. Treatment (Hare). 1910. I. 265—326.
73. Rainear, L'électricité dans le traitement du goître exophtalmique. Ann. d'électrobiol. et de radiologie. XIV. No. 7.
74. Rave, Franz, Die Röntgentherapie bei Strumen und Morbus Basedowii. Zeitschr. f. Röntgenkunde. Bd. 13. H. 2—3. p. 37. 96.
75. Reiss, Emil, Die elektrische Entartungsreaktion. Klinische und experimentelle Studien. Berlin. Julius Springer.
76. Robinovitch, Louise G., Electric Analgesia, and Electric Resuscitation After Heart Failure Under Chloroform or Electrocution. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 7. Febr. p. 478.



77. Rumpf, Ueber oszillierende Ströme. Zeitschr. f. med. Elektrol. 1910. XII. 141.
78. Singer, E., Altes und Neues über das Wesen der Elektrizität. Wiener klin. Wochenschrift. 1912. p. 145. **(Sitzungsbericht.)**
79. Sloan, Samuel, Success or Failure in Electro-Therapy: a Consideration of Some of the Causes. The Lancet. II. p. 15. und Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 7. p. 99.
80. Sommer, Zur Verbesserung der elektro-medizinischen Methodik. Zeitschr. f. biolog. Technik u. Methodik. Bd. 2. H. 3. p. 102.
81. Steffens, Paul, Über Anionen-Behandlung. Therapeut. Monatshefte. Mai. p. 272.
82. Tichy, Franz, Die Literatur des Galvanismus in der ersten Hälfte des XIX. Jahrhunderts. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. XV. H. 8. p. 481.
83. Wertheim-Salomonson, Die günstigste Unterbrechungsfrequenz bei dem Induktorbetrieb. Arch. f. phys. Med. u. med. Technik. VI. 58—61.
84. Wiener, D. Hugo, Über die Umkehr des Zuckungsgesetzes bei der Entartungsreaktion. Bemerkungen zu dem Buche Reiss: „Die elektrische Entartungsreaktion". Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Bd. 103. H. 1—2. p. 188.
85. Williams, T. A., Electricity and the Nervous System. Journ. of the Oklahama State Med. Assoc. April.
86. Derselbe. Electric Treatment of Poliomyelitis. Alabama Med. Journ. Febr.
87. Zanietowski, Josef, Über die Elektromassage und die Elektroelastomassage. Zeitschr. f. med. Elektrologie. Bd. 13. H. 1. p. 1.
88. Zimmern, A., Considérations sur le lavement électrique. Arch. d'électr. méd. XIX. 66.
89. Derselbe, De l'utilité de l'électrodiagnostic en clinique. Le Journal médical français. No. 4. p. 215.
90. Derselbe et Bordet, Action des courants de haute fréquence appliqués sur la chaise longue condensatrice dans le Goitre exophtalmique. Congr. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences. Dijon.
91. Derselbe et Cottenot, P., De l'électricité médicale. Rev. méd.-cirurg. de Brazil. XIX. 1—9.

Von **Cohn**'s (14) bekanntem Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Therapie ist die 4. Auflage erschienen. Die Vorzüge des Buches sind in den Referaten in diesem Jahresbericht oftmals betont. Auch diesmal wieder soll die klare Darstellung ganz besonders erwähnt werden. Das neue Kapitel behandelt die Franklinisation sehr ausführlich und erörtert auch die Arsonvalisation, die Anwendung der Teslaströme, die Leducsche Behandlung, die Kondensationsentladungen, die Jodkoströme, so daß sich der Praktiker vollständig über alle Zweige der Elektrotherapie unterrichten kann.

Tichy (82) gibt eine interessante Übersicht der Literatur über den Galvanismus von 1795—1844.

Sommer (80) beschreibt eine von ihm angegebene Veränderung der gebräuchlichen medizinisch-elektrischen Apparate, durch welche eine genaue Messung der Spannung und Stromstärke vor Eintritt in den Körper möglich ist.

Heilbrun's (35) Neuerungen an elektromedizinischen Anschlußapparaten müssen im Original nachgelesen werden.

Keller (43) hebt hervor die Inkongruenz, welche bei der Myasthenie zwischen den willkürlichen und elektrisch hervorgerufenen Muskelkontraktionen besteht, indem die letztere länger und intensiver bestehen kann, auch dann, wenn der Muskel willkürlich nicht mehr bewegt werden kann. Die Ursache ist eine sukzessive Abschwächung der nervösen Bewegungsimpulse, eventuell Unterbrechung der Reizleitung. Die sogenannte pseudomyasthenische Reaktion charakterisiert ein Tetanus bei tetanisierender Stromeinwirkung, und dies ist der Grund, warum einzelne Kontrakturen (denn gerade bei spastischen Erkrankungen ist diese pseudomyasthenische Reaktion häufig) nachlassen oder verschwinden können. (*Hudovernig.*)

Robinowitsch (76) hat zuerst im Tierexperiment, dann klinisch nachgewiesen, daß es genügt, durch Anwendung des rhythmisch unterbrochenen galvanischen Stroms Asphyktische wieder zu beleben und den Herzstillstand



zu beseitigen, und zwar gilt das nicht nur für Chloroform- und Morphiumaphyxie, sondern auch für Starkstromunfälle.

Die roten Blutkörperchen sind, so führt **Erfurth** (20) aus, „zirkulierende" Kolloide, welche durch Adsorption von OH-Ionen sich negativ gegen die alkalische Blutflüssigkeit laden. Infolgedessen werden sie, wie unter dem Mikroskop ersichtlich, durch den galvanischen Strom rapide von der Kathode zur Anode hin befördert, während hingegen die Eigenbewegung der Blutflüssigkeit nicht alteriert wird. Durch Abgabe des Sauerstoffs an die Gewebe im Gebiet der Anode verlieren sie sodann ihren negativen Charakter und gelangen mit dem venösen Blutstrom, aus dem sie keine neuen OH-Ionen adsorbieren können, in den Kreislauf zurück.

Entgegengesetzt dieser intravasalen Kataphorese bewegt sich die positive, extravasale Körperflüssigkeit durch die negativ geladenen „organisierten" Kolloide, wie Membranen, Bindegewebe usw. hindurch zur Kathode hin, wo sie nach Abgabe der H-Ionen vom Blutstrom aufgenommen wird.

So entsteht im Gebiet der Anode Steigerung, im Gebiet der Kathode Herabsetzung der Oxydation.

Verf. empfiehlt daher zur Behandlung der inneren Organe die Verwendung einer großen Rumpfelektrode, wie sie der nach seinen Angaben von Wilh. Pick in Rostock hergestellte Matratzenstuhl „Elektromat" enthält. Der Rumpf ruht auf der positiv geschalteten Matratzenelektrode, die vier Extremitäten sind negativ geschaltet. Auf diese Weise wird eine bestimmte Tiefenwirkung der Anode auf die inneren Organe (Rückenmark, Herz, Nieren, Leber usw.) und damit eine energische Sauerstoffzufuhr zu derselben erzielt; die entgegengesetzte Schaltung bewirkt Herabsetzung der Oxydation. (*Autoreferat.*)

Die Symptome der Entartungsreaktion bei direkter Muskelreizung beruhen nach **Reiß** (75) auf einer chemisch-physikalischen Veränderung des Muskels.

1. Für die träge Zuckung wird das bewiesen durch die künstliche Darstellung der trägen Zuckung durch chemische und physikalische Einwirkung (faradische Ermüdung, Kälte, Ammonium- und Kalisalze), ferner durch ihre Erzielung bei nachweisbarer chemischer Veränderung des Muskels (Koffeinvergiftung), endlich durch die Tatsache, daß auch bei erhaltener Erregbarkeit vom Nerven aus träge Zuckung auftreten kann, also ihre Ursache im Muskel selbst liegen muß.

2. Die Umkehr der Polwirkung erklärt sich durch eine veränderte Wirkung der differenten, an den beiden Elektroden abgeladenen Ionen auf das veränderte Gewebe. Auch dieses Symptom konnte durch chemische Einwirkungen auf den Froschmuskel erzeugt werden.

3. Die Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit beruht auf der Herabsetzung der Reizempfindlichkeit durch die Alteration des Muskels.

4. Die Steigerung der galvanischen Erregbarkeit läßt sich hiermit durch folgende Überlegung in Einklang bringen: der normale Muskel gewöhnt sich an den länger dauernden galvanischen Strom. Diese Gewöhnung erkennen wir unter anderem daran, daß wir bei allmählicher Steigerung („Einschleichen") hohe Stromstärken applizieren können, ohne eine Zuckung zu erzeugen. Am normalen Muskel wirkt also die Gewöhnungsfähigkeit an den Reiz der Stärke des konstanten Stroms entgegen. Beim degenerierten Muskel ist, wie entsprechende Untersuchungen gezeigt haben, diese Gewöhnungsfähigkeit teilweise oder ganz verloren gegangen. Deshalb wirkt jetzt eine geringe Stromstärke als normalerweise reizauslösend. Die galvanische Über-



erregbarkeit kommt also zustande durch das Fehlen der Akkommodation des Muskels, trotz herabgesetzter Reizempfindlichkeit. (*Autoreferat.*)

Der erste Fall der von **Mann** (60) inaugurierten elektrologischen Kasuistik ist eine ungewöhnliche Erregbarkeitsveränderung nach Durchschneidung des Akzessorius. Dieser war zwecks Operation zur Behandlung eines Krampfes freigelegt worden, die abgehenden Zweige werden durchtrennt, der Nerv selbst stark gedehnt. Es trat völlige Lähmung ein, doch mit dem eigentümlichen Verhalten, daß von vornherein eine starke Herabsetzung der Erregbarkeit eintrat. Die Steigerung der galvano-muskulären Erregbarkeit fand sich niemals; schon nach zirka 3 Wochen war jede Erregbarkeit ganz geschwunden, daher auch keine typische EaR.

Der zweite Fall betrifft eine Erregbarkeitssteigerung bei narkoleptischen Anfällen. Es handelte sich um zwei Knaben, die nach psychischem Chok, Anfälle von Friedmannscher Narkolepsie bekamen.

In beiden Fällen fand sich eine Steigerung der galvanischen Erregbarkeit, auch Steigerung des Kondensatorwertes. Verf. möchte daher eine Verwandtschaft der Anfälle mit der Tetanie und Epilepsie annehmen. Der weitere klinische Verlauf des einen Falles wies Heilung unter Thyreoidingebrauch auf.

Wiener (84) wendet sich gegen Reiß, dessen Erklärung der Umkehrung der Zuckungsformel er als tatsächliche nicht anerkennt, da er nachweisen konnte, daß sie nur scheinbar ist. Zum Verständnis muß die Arbeit Wieners (dieses Archiv 1898) nachgelesen werden.

May (63) verweist auf die Beschreibung des Leducschen Apparates zur Applikation des galvanischen unterbrochenen Stromes. Rhythmus und Dauer der Einzelwirkung sind regulierbar, daher auch genau meßbar. May prüfte den Einfluß auf den Tiermuskel, lebend, dann lebend kurarisiert, indem er die Frequenz änderte, aber die Zeit der wirksamen Phase nicht veränderte, dann aber auch umgekehrt. Ferner die Reaktion des erschöpften, des absterbenden Muskels, den degenerierten Muskel. Es fragt sich nun, ob diese neue Methode etwas Wertvolles darstellt, oder ob die bisherigen Prüfungsmethoden nach Duchenne und Erb genügen. Verf. meint, daß jedenfalls die Untersuchung mit dem faradischen und konstanten Strom in mancher Beziehung mangelhaft ist; es fehlt an Exaktheit und genauer Meßbarkeit. Die Leducsche Methode kommt jedenfalls als Ergänzung in Betracht, sie erweist sich auch als weniger empfindlich.

Bei seinen Untersuchungen über den elektrischen Geschmack kommt **Heüman** (38) zu folgenden Ergebnissen: 1. Der elektrische Strom bewirkt im Tierkörper nichts anderes als eine Verschiebung der Ionen des Körpers und eine damit im Zusammenhang stehende eventuelle Konzentrationsänderung der Zellenmembrane. 2. Durch Ionenbewegung, d. h. Einwirkung einer im hohen Grade verstärkten Diffusion nach den Organzellen zu, von dem einen oder andern Bestandteil der dem Organ am nächsten befindlichen Salzlösung, erklärt er die Muskelkontraktur, die Gefühlswahrnehmung bei elektrischer Reizung, die Lichtwahrnehmung bei Strom durch Gang durchs Auge, schließlich der elektrische Geschmack. 3. Nicht die Nerven, sondern die empfindungsauslösenden Endorgane werden dabei gereizt.

4. Die Intensität des sauren Geschmackes einer Säure (ohne Stromeinwirkung) wird durch die Anzahl der Wasserstoffionen bestimmt, welche während einer bestimmten Zeitdauer die Außenfläche der Geschmackspapillen treffen.

5. Durch den elektrischen Strom kann die Anzahl der Wasserstoffionen einer Säure, welche während einer Sekunde die Geschmackspapillen



treffen, vermehrt werden und dadurch der saure Geschmack intensiver gemacht werden. Diese Zahl der Ionen steht in Proportion zu der Intensität des Stromes.

6. Auch die bitter schmeckenden Chinin- und Morphiumionen und die salzig schmeckenden Cl-Ionen können in derselben Weise durch den elektrischen Strom ihre Diffusionsgeschwindigkeit vermehren. Dadurch wird ihr Geschmack intensiver gemacht.

Anionenbehandlung nennt **Steffens** (81) die Verwendung von negativ elektrischen Ausstrahlungen hochgespannter Ströme, die vom Pol eines Induktoriums abgeleitet werden und als elektrische Wellen- oder als Funkenbehandlung in Anwendung kommen. Bei Neuralgien, Muskel-Gelenkrheumatismus war ihm die Anionenbehandlung nützlich, bei Vasomotorenstörungen kam besonders die Kondensatorentladung in Betracht, so bei Erfrierungen.

Aus **Laquer's** (51) zusammenfassendem Bericht über die therapeutische Anwendung von Hochfrequenzströmen geht hervor, daß das Anwendungsgebiet ein recht vielseitiges ist, und daß es immer noch Erweiterung erfährt. Bei Arteriosklerose, Präsklerose und mit Druckerhöhung verbundenen Herzmuskelerkrankungen kommt die lokale d'Arsonvalisation mittels einer besonders konstruierten Herzelektrode in Anwendung. Bei vorgeschrittener Form eher das Solenoid. Besserung des Schlafes, bessere Atmung ist oft zu erzielen. Bei Herzneurose sind die Erfolge unsicherer. Doch ist die nervöse Schlaflosigkeit der Neurastheniker oft gut zu beeinflussen, ebenso Kopfschmerzen und Parästhesien. Tabische Schmerzen werden oft gelindert; Krisen nicht so sicher, doch ist oft die momentane Einwirkung evident.

Die Neuralgien werden nicht selten gut beeinflußt, nach Kahane Ischias besonders gut.

Besserung motorischer Störungen bei Rückenmarksleiden hat Laquer nicht gesehen.

Laquer (52) beschreibt zunächst das Instrumentarium für die Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Außer dem d'Arsonvalschen Solenoid, kommt die Anwendung der Kondensatorelektroden in Betracht. Das Anwendungsgebiet ist sehr groß, wie in den Referaten in diesen Blättern schon mehrfach ausgeführt wurde. Dabei spielt der Resonator eine große Rolle; von ihm aus kommt auch die Effloreszenzeinwirkung in Anwendung.

Kowarschik (46) beschreibt einen neuen Schalter für das Vierzellenbad; zum Referat nicht geeignet.

Kahane (42) gibt die an mehr als 300 Fällen gesammelten Erfahrungen über therapeutische Anwendung der Hochfrequenzströme, und zwar in Form der lokalen und allgemeinen d'Arsonvalisation. Die Wirkung ist materieller Natur, die Entladungen der hochgespannten Elektrizität, die bei der lokalen, die elektrischen Wellen, welche bei der allgemeinen d'Arsonvalisation zur Geltung kommen, besitzen nachweisbare Wirkungen auf den Organismus. Für deren materielle Natur sprechen die Erfahrungen des praktischen Nutzens.

Die negative Wirkung läßt doch am meisten im Stich, wo sie am ehesten erwartet wird; die Bedeutung des psychischen Faktors ist nicht größer als bei einer andern Behandlungsmethode.

Die Wirkung der Hochfrequenzströme läßt sich dahin zusammenfassen: a) die lokale Applikation wirkt schmerzlindernd, juckreizmildernd, gefäßverengernd, sekretionsbeschränkend, trophisch; b) die allgemeine: beruhigend, schlafbefördernd, blutdruckregulierend. Das Anwendungsgebiet sind Neuralgien, Neuritiden, Neurasthenie, Labyrinthschwindel, Sekretions- und Trophoneurosen, Angina pectoris, Herzneurosen. Schädliche Nebenwirkungen kommen nicht vor.

Grabley (30) bespricht aus dem Gebiete der Hochfrequenztherapie nur die unipolaren Anwendungsformen hochfrequenter Ströme. Er hält diese für die einfachsten und wirksamsten. Wir bringen dabei den Körper in den sekundären hochgespannten Wechselstrom der Resonatoren, deren Wirkung eine intensivere ist, als die des Solenoids. Zu unterscheiden ist die reflektorische und die direkte Einwirkung. Erstere bewirkt Herabsetzung des Blutdruckes, Regulierung der Zirkulation, Einwirkung auf sekretorische Vorgänge, glatte Eingeweide und quergestreifte Herzmuskulatur. Grabley glaubt, daß es eine spezifische Beeinflussung des Symphathikus sei. Dadurch werden funktionelle Störungen des Darmtraktus, lokale allgemeine Nerven beeinflußt. Sekundäre Wechselströme lösen eine leise, faradisierende Wirkung aus. Die d'Arsonvalisation löst keine Gewebsveränderung aus. Bei der Kontaktbehandlung muß auch die Erwärmung und die chemische Lichtwirkung in Betracht gezogen werden. Grabley bedient sich der Behandlung mittels unipolarer Vakuumelektrode und fand neben örtlichen Einwirkungen stets auch allgemeine; Herzneurosen, Magendarmneurosen, Migräne, Neurasthenie, Lokalneurosen der Sexualsphäre sind günstig zu beeinflussen. Wertvoll ist auch die Behandlung im Kraftfeld durch die Radienantenne, vermittels der Herzschen Wellen; den dazu notwendigen Apparat konstruiert Beiz, Berlin.

Nach **Leyden** (56) ist das Problem der Bekämpfung der Seekrankheit noch ungelöst, doch gelingt es, die heftigen Beschwerden zu beseitigen, wobei Medikamente eine große Rolle spielen. Die zerebralen Erscheinungen sind besonders zu beachten; eine Rolle spielt dabei sicher die starke Abkühlung neben dem gesteigerten Stoffwechselumsatz. Sie äußert sich in dem Bestreben, dem Kopf vermehrte Wärme zuzuführen und im starken Nährbedürfnis. Leyden hat an sich selbst die wohltätige Wirkung feuchtheißer Kompressen bei einer stürmischen Ostseefahrt wahrgenommen; diese Erfahrung veranlaßte ihn zur Konstruktion einer weichen, dünnen elektrischen Wärmekompresse (System Carola — Firma Gladow, Berlin); die Resultate auf einer Reise von Hamburg nach Lissabon waren befriedigend, so daß sie von ihm lebhaft empfohlen wird.

Nach **Leduc** (55) geht Neurasthenie mit Stoffwechselveränderung einher, namentlich des Kalziumstoffwechsels; die Urinuntersuchung gibt Beweise dafür. Die Erblichkeit spielt eine große Rolle, auch frühe Kindheitskrankheiten mit Wasser entziehenden Diarrhöen. Dazu kommen die Hilfsursachen des späteren Lebens. Zur Behandlung ist die Beseitigung der Neurasthenie erzeugenden Lebensbedingungen erforderlich. Die elektrische Behandlung durch periphere elektrische Reize und das elektrostatische Bad hat verschiedenerlei Effekt. Verf. beschreibt die einzelnen Prozeduren, elektrostatische, Funkenbehandlung, Mortonströme. Ebenso hat die faradische Behandlung und die Galvanisation der Zentralorgane ihre Berechtigung und ihren Effekt. Die Regeln für die letztere zur Vermeidung von Schwindelgefühl bei größtmöglicher therapeutischer Wirkung sind bekannt.

Metcalfe (65) hat bei neurasthenischen Erkrankungen, die mit deutlichen Stoffwechselstörungen einhergingen und den gastrointestinalen Typus zeigten, gute Erfolge mit den Hochfrequenzströmen erzielt. Bei Fällen, die den Charakter reiner Neurosen hatten, leistete ihm die statische Elektrizität die besten Dienste und erzielte auch einen den Blutdruck herabsetzenden Effekt, wofür Metcalfe einige Fälle anführt. (*Bendix.*)

Boruttau (6) wendet sich gegen die Behauptung von Reiß, daß die Entartungsreaktion eine tatsächliche Umkehr des polaren Erregungsgesetzes darstelle und die Erregung beim entarteten Muskel tatsächlich von der



Anode des Stromes bei dessen Schließung oder Verstärkung ausgehe und nicht, wie es nach den Arbeiten von Pflüger, Bezold, Hering und anderen für den normalen Nerven und Muskel gilt, von der Kathode. Er weist nach, daß die Polumkehr bei der Entartungsreaktion und experimentellen Schädigung des motorischen Apparates nur scheinbar ist und von den virtuellen Elektroden herrührt, deren wirkliche Bedeutung Reiß bei seinen Versuchen nicht gewürdigt habe. (*Bendix.*)

Johnson (36) gibt die Beschreibung eines Falles von Poliomyelitis, welche im 18. Lebensmonat eine Lähmung des rechten Beines gemacht hatte. Alle Muskeln unterhalb des Knies waren völlig gelähmt, es bestand Schlottergelenk; Oberschenkel-, Gesichtsmuskeln waren schwach. Es wurde, da die elektrische Behandlung keinen Erfolg brachte, ein Stiefel angefertigt, der die Gehstörung gut beseitigte, und bei dem äußerlich von den Hilfen nichts zu sehen war.

Brustein (9) untersuchte die Frage, ob im Kellogschen Lichtbade nur eine Wärmewirkung oder auch eine Lichtwirkung stattfinde, am Verhalten des von Bechterew sogenannten assoziativ-motorischen Reflexes. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das elektrische Lichtbad wirkt zweifellos auf den assoziativ-motorischen Reflex beim Menschen, indem es den Grad seiner Konstanz und Erregbarkeit verändert. Diese Wirkung ist aber verschieden je nach der Farbe der angewandten Beleuchtung.

2. Elektrische Lichtbäder mit farblosem oder blauem Glas stärken die Konstanz und erhöhen die Erregbarkeit des assoziativ-motorischen Reflexes, wobei diese Wirkung in den farblosen Bädern mehr ausgesprochen ist.

3. Elektrische Lichtbäder mit rotem Glas vermindern die Konstanz des assoziativ-motorischen Reflexes und setzen seine Erregbarkeit herab.

Ceteris paribus ist also die Wirkung des elektrischen Lichtbades verschieden, was einzig und allein von der Farbe des Lichtes, d. h. davon, ob gewisse Schatten in diesem Spektrum sind oder fehlen, abhängt. Es ist also klar, daß das Licht des Kellogschen Lichtbades für den Organismus nicht gleichgültig ist, daß es im Gegenteil nur ganz konstante physiologische Wirkung ausübt.

Die in der Arbeit referierten Tatsachen faßt **Rave** (74) wie folgt zusammen:

1. Eine Einwirkung der Röntgenstrahlen auf normales Schilddrüsengewebe ist histologisch nicht nachgewiesen;

2. Auch die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf pathologisches Thyreoideagewebe steht bisher noch nicht fest. Kolloidstrumen werden jedenfalls nicht beeinflußt.

3. Die Röntgentherapie bei einfachen Kröpfen führt nur selten zu einer Heilung; die später notwendige Operation kann durch sie erschwert werden.

4. Bei Morbus Basedowii ist dagegen, wenn keine direkt zur Operation drängenden Erscheinungen vorhanden sind, die Röntgenbehandlung gleichwertig mit allen übrigen bekannten, therapeutischen Methoden anzusehen. Es wird dadurch sowohl eine Verkleinerung der Schilddrüse, als auch ein Zurückgehen der spezifischen Basedowsymptome, des Exophthalmus, der kardialen Erscheinungen, der Tachykardie, nervösen Symptome, eine Besserung der Allgemeinsymptome, Gewichtszunahme erreicht; kommt es nach Operation nicht zur Besserung, so kann die Röntgentherapie zur Unterstützung herangezogen werden.

5. Verwachsungen im Anschluß an Röntgenbestrahlung kommen nicht vor; die Bedingungen sind noch näher zu ergründen.



Faber (21) berichtet über Beobachtungen aus der Literatur, nach denen absichtliche Sterilisierungsversuche durch Bestrahlung der Hoden von Erfolg begleitet waren; einige andere Beobachtungen sprechen dafür, daß bei Arbeiten von andern Personen, die mit Röntgenstrahlen zu tun haben, Verlust der Zeugungs- und Beischlafsfähigkeit eintreten kann. Ferner wird von Behandlung der Frauenkrankheiten berichtet, die jedoch für den Neurologen kein Interesse haben.

Fränkel (24) geht von der festgestellten Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Genitalorgane aus, die bei Männern beobachtet sind. Besonders interessieren ihn die Fälle sexueller Hyperästhesie mit menstrueller Steigerung. Für solche weibliche Personen sieht er in der Röntgenbehandlung ein Heilmittel, welches dämpfend wirkt, aber auch, wo es notwendig erscheint, in seiner Wirkung bis zu der einer Kastration gleichkommenden gesteigert werden kann.

Massage.

Ref.: Dr. G. Flatau-Berlin.

1. Barczewski, B., Hand- und Lehrbuch meiner Reflexmassage für den praktischen Arzt. Ein neuer praktischer Weg zur Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Krankheiten. Berlin. J. Goldschmidt.
2. Benedikt, M., Zur Therapie der koordinatorischen Beschäftigungsneurosen und über Autogymnastik in chronischen Fällen derselben. Wiener klin. Wochenschr. No. 15. p. 529.
3. Böhm, Otto, Leitfaden der Massage. Stuttgart. F. Encke.
4. Bosc, De la gymnastique respiratoire. Son application dans le traitement des tics, du begaiement, des borborygmes rythmés et autres spasmes fonctionnels. Thèse de Bordeaux.
5. Breeman, van, L'exercice dans l'orthopédie; traitement de la paralysie des enfants. Ann. de méd. phys. 1910. VII. 291—294.
6. Bucholz, C. H., Exercice Treatment of Paralysis. Medical Record. Vol. 80. p. 503. **(Sitzungsbericht.)**
7. Buckley, Charles W., The Treatment of Neurasthenia by Rest, Diet and Massage. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 140.
8. Bünger, Der Kopfschmerz und seine Behandlung mit Nervenmassage. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 635—645.
9. Cohn, Toby, Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. III. Teil: Hals und Kopf. Berlin. S. Karger.
10. Derselbe, Mechanotherapie (Massage und Gymnastik). Handb. f. Neurol. 1910. I· 1322—1384.
11. Cyriax, Edgar F., Mechano-Therapeutics in the Treatment of Chronic Constipation. Brit. Med. Journal. 18. March.
12. Derselbe, Technique of the Manual Treatment of Certain Forms of Ulceration of the Skin. New York Med. Journal. May 20.
13. Derselbe and Cyriax, Annjusta Kellgren, The Manual Treatment of the Abdominal Sympathetic. ibidem. 1910. July 23.
14. Desfosses, Paul, Le traitement du torticolis congénital. La Presse médicale. No. 75. p. 747.
15. Despard, L. L., Text-book of Massage. London. Hodder & Stoughton.
16. Duane, A., Directions for Muscle Exercises. Ophthalmic Record. June.
17. du Bois-Raymond, E., Deutsches Turnen und gymnastische Systeme. Berl. klin. Wochenschr. No. 50. p. 2252.
18. Eiger, Zabludowskis Technik der Massage. Leipzig. G. Thieme.
19. Engelbrectson, F., Massage in Traumatic Sciatica. Railway Surg. Journ. XVII. 100—103.
20. Engels, Nervenmassage bei Neuralgien. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 222. **(Sitzungsbericht.)**
21. Engels, Die Corneliussche „Nervenmassage" bei der Behandlung der funktionellen Nervenerkrankungen. Neurol. Centralbl. 1912. No. 1. p. 68. **(Sitzungsbericht.)**



22. **Erben**, Siegmund, Über mechanische Einwirkungen auf die spastischen Phänomene. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 40. p. 2588.
23. **Eschle**, Franz, Zur Behandlung des Schreibkrampfes. Aerztliche Rundschau. No. 52. p. 613.
24. **Faure**, Maurice, La rééducation des paralytiques, des spasmodiques et des ataxiques sont trois méthodes thérapeutiques différentes. Gaz. des hôpitaux. p. 753. **(Sitzungsbericht.)**
25. **Fernet**, La gymnastique abdomino-rectale dans le traitement de la constipation habituelle. Gaz. des hôpitaux. p. 1039. **(Sitzungsbericht.)**
26. **Frauenthal**, Henry W., Treatment of Infantile Paralysis by Massage and Electricity. The Amer. Journ. of Obstetrics. April. p. 736.
27. **Garson**, J. G , The Frenkel System of Exercises for Tabes. Brit. Med. Journal. II. p. 420.
28. **Gillette**, A. J., The Orthopedic Treatment of Infantile Paralysis. Pediatrics. XXIII. 140—147.
29. **Greiffenhagen**, 4 Fälle unblutiger Dehnung wegen genuiner Ischias. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 44. **(Sitzungsbericht.)**
30. **Griffin**, C. O., A Simple Appliance for the Relief of the Residual Peroneal Paralyses Following Acute Anterior Poliomyelitis. The Therapeutic Gazette. Dez. p. 865.
31. **Gurewitsch**, Indikationen zur Behandlung der tabischen Ataxie nach Frenkel auf Grund statistischer Befunde (198 Fälle). Wratschebnaja Gazeta. No. 13.
32. **Gutsch**, Carl, Vorbilder für die Zimmergymnastik. Erstarkung und Gesundung durch 10 Übungen täglich. Schöneberg. Illustrierter Sport.
33. **Jacobsohn**, Eugen, Einfache passive Gelenkbewegungsapparate. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 11. p. 501.
34. **Joffe**, M., Histologische und physiologische Wirkung der Druckmassage auf die Nerven. Berl. klin. Wochenschr. No. 42. p. 1884. (cf. p. 247. 248.)
35. **Kouindjy**, P., Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la rééducation des mouvements. Journ. de physiothérap. IX. 2—7.
36. **Loewe**, Beiträge zur Behandlung der nervösen Erkrankungen des Gesichtes durch Nervenpunktmassage. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 646—651.
37. **Maddox**, R. D., Orthopedic Management of Paralysis Due to Acute Anterior Poliomyelitis. Lancet-Clinic. March. 25.
38. **Mc Kenzie**, R. T., Exercise, Massage and Mechanotherapy. Handb. Pract. Treatm. (Musser & Kelly.) I. 334—448.
39. **Nebel**, Hermann, Zwanzig Jahre Erfahrungen mit Dr. Gustav Zanders medico-mechanischer (d. h. vom Arzt geleiteter — durch Apparate vermittelter) Heilgymnastik. Arch. f. Orthopaedic. Bd. XI. H. 1. p. 15.
40. **Noica**, Recherches sur le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques. Essais de corriger l'ataxie par des bandages orthopédiques. Journal de Neurologie. No. 11. p. 209.
41. **Parkes-Weber**, F., A Note on Heart Strain, Neuroses and Muscular Excercises. The Edinbourgh Med. Journ. N. S. Vol. VII. No. 1. July. p. 26.
42. **Paul-Boncour**, Les bases et la pratique de la gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psychomotrice. Le Progrès médical. No. 36. p. 433.
43. **Quaest-Faslem**, Beschäftigung, Gymnastik, Turnen, Turnspiele und Sport bei der Behandlung Nervenkranker. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 566. **(Sitzungsbericht.)**
44. **Roth**, Paul B., The Treatment of Torticollis. A Plea for a Revision of Accepted Treatment. The Lancet. II. p. 759.
45. **Schlenk**, Fritz, Ein neuer Erschütterungs- und Massage-Apparat. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 6. p. 266.
46. **Stroud**, H. E., Treatment of Disease by Spinal Concussion, Sinusoidal and Freezing etc. Southern California Practitioner. May.
47. **Strunsky**, Max, Miniature Exercise Machine for Infantile Paralysis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 17. p. 1259.
48. **Taendler**, J., Ein neuer mediko-mechanischer Apparat für die Pronation und Supination des Vorderarmes. Medizin. Klinik. No. 10. p. 376.
49. **Timberg**, Richard, An Address on Spinal Curvatures and their Treatment by Physical Exercises. The Lancet. II. p. 667.
50. **Weiss**, Karl, Die tabische Ataxie und ihre Behandlung. Zeitschr. f. physikal. und diätet. Therapie. Bd. XV. H. 7. p. 406.
51. **Wiszwianski**, A., Ueber Psychotherapie und Nervenmassage. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 652—660.
52. Derselbe, Die Bedeutung der Nervenmassage für die Behandlung nervöser Beschwerden. Klin.-therap. Wochenschr. No. 24. p. 653.



53. Derselbe, Über die Ziele und die Bedeutung der Nervenmassage für die Behandlung der funktionellen Neurosen. Medizin. Klinik. No. 38. p. 1459.
54. Zander, Paul, Ein Beitrag zur Prophylaxe und Behandlung der Kontrakturen. Medizin. Klinik. No. 7. p. 258.

Der dritte Band von **Cohn**'s (9) groß angelegtem Werk „Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers“ bringt die Besprechung von Hals und Kopf. Auch hier wird man eine große Reihe wertvoller Angaben finden, die zu diagnostischen Zwecken gekannt werden müssen. Auf manche Fehler der Rassenforscher ist aufmerksam gemacht worden. Der dritte Band schließt sich dem bisher erschienenen an Fleiß, Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Angaben würdig an.

Erben (22) hat die Einwirkung der Esmarchschen Entwicklung auf die spastischen Kontrakturen untersucht und fand, daß auch jede einfache Umschnürung einer spastischen Extremität die Kontraktur verringert, respektive den spastischen Zustand herabsetzt. (*Bendix.*)

Barczewski (1) hat nach vieljähriger Ausübung der allgemeinen Praxis, namentlich Unfallpraxis, gelegentlich der hierbei viel ausgeübten Massage eine neue Art der Massage gefunden, die er als reflektorische oder als Reflexmassage bezeichnet. Sie weicht nicht nur in der Art der Handgriffe, sondern auch durch die ausgedehntere Anwendbarkeit und erstaunliche (?!) Heilwirkung von der gewöhnlichen Massage ab.

Die Massage muß sich nicht auf Muskeln und Nerven sowie die inneren Organe beschränken, sondern sie kann von den Knochen und dem Periost aus große Wirkungen erzielen. Barzewski versucht darzulegen, daß sowohl Haut als Knochenhaut, wenn man sie in bestimmter Weise prüft auf ihre Schmerzhaftigkeit, nicht nur als unschätzbare Wegweiser zur Auffindung der Entstehungsart einer sehr großen Zahl von verschiedenen Krankheiten dienen können, sondern, daß man dieselben Krankheiten auch durch dieselben Manipulationen, die zur Prüfung der Schmerzhaftigkeit angewendet wurden, auch mit großem Erfolg von den eruierten Entwicklungsarten aus zu beeinflussen vermag, und zwar lediglich durch Besserung der Zirkulation. Die Methode, durch Massage von Haut und Knochenhaut aus auf die Zirkulation zu wirken, ist die Reflexmassage: Ihre Lehren sind folgende, man fahnde auf den Punkt der größten Schmerzhaftigkeit. Einem Periostpunkt entspricht ein größerer Hautpunkt, der aber nicht bei Druck, sondern beim Walken schmerzhaft ist; Walken der Haut und der Zwischenpartien wirkt heilend. Bei Neurasthenie finden sich besonders zahlreiche Reizpunkte der Haut und Knochenhaut. Zwischen Zirkulationsstörung und davon abhängiger Funktionsstörung schiebt sich als Bindeglied die Sedimentierung von Reizdepots; diese werden sich mit Vorliebe in den kompakten Bindegewebszügen etablieren, am häufigsten in Haut und Knochenhaut. Durch Walken bringt man sie mit den Nervenendigungen in Berührung und erzeugt Schmerz; so findet man die Reizdepots durch Walken der Haut. Die Reizdepots führen auf dem Wege des Reflexes zu Fernwirkungen. Die Reflexmassage beruht nicht etwa auf Suggestion, sondern sie beseitigt die Sedimentierungen. Sie ist aber auch diagnostisch verwertbar, sie stellt nicht nur die lokale Ursache, sondern auch die Fernwirkungen fest. Den Neurologen interessiert, daß angeblich Kopfschmerz, Migräne, Schwindel, Melancholie, Apathie, Anfänge von Tabes, spatische Spinalparalyse, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose in den Zirkulationsstörungen der Haut und infolge der Reizdepots zu suchen sind, und auch vorgeschrittene Fälle durch die Reflexmassage gut beeinflußt werden.



Cyriax (13) ergänzt seine früheren Ausführungen über die Behandlung der chronischen Obstipation durch genauere Beschreibung der Manipulationen zur Beeinflussung des Bauchsympatikus.

Cyriax (11) findet folgende 3 Formen der Konstipation: 1. Veränderung der austreibenden Kraft der Eingeweide; diese ist eine Folge der Veränderung der Funktion des Sympathicus abdominalis. Die Funktion prüft man durch Palpation und Friktion der Ganglien und die dadurch erzeugten Schmerzgefühle; 2. Veränderung der Kraft und des Tonus der Bauchmuskeln, darunter auch das Zwerchfell.

Die Beschreibung der Behandlung durch Massagemanipulationen und Übungen ist ohne Interesse, weil allgemein bekannt.

Roth (44) beschreibt die angeborene Form des Torticollis durch einseitige Sternokleidoverkürzung, welche bisher durch Operation und Apparate behandelt wurde. Er operierte in 4 Fällen offen und lagerte die Patienten in Überkorrektion mit dem Kopf zwischen Sandsäcken. Schon am 3. oder 4. Tage begann er mit Übungen; zuerst passive Bewegungen, dann aktive Bewegungen. Alle Fälle heilten, ohne daß Apparate nötig waren.

Eschle (23) hat mit der Konstruktion eines besondern Federhalters eine schwere Form von Schreibkrampf geheilt. Er empfiehlt dieses Instrument (hergestellt von der Mega-Patent-Gesellschaft-Heidelberg). Es besteht aus einem über die Hand greifenden Bügel und einem Federträger von Kork, von ca 4 cm Durchmesser.

Weber (41) führt aus, daß der Begriff der Herzüberanstrengung natürlich ein relativer ist. So kann nach Diphtherie, Gelenkrheumatismus usw. eine große Empfindlichkeit bestehen; doch können Personen mit kompensierten Klappenfehlern Gymnastik in freier Luft recht gut betreiben. Für schnell aufgeschossene Individuen und für solche mit Neurosen sind Muskelübungen von Nutzen, wenn sie richtig dosiert werden, und wenn man sich die Kontraindikation vor Augen hält, welche besteht in Zeiten der Herzmuskelerschöpfung, in toxämischer Erkrankung, in der Erreichung der Grenze, in welcher auf Übungen noch mit Wohlbefinden reagiert wird.

Garson (27) berichtet einen Fall von schwerer tabischer Ataxie, welcher durch Übungen nach Frenkel aus völliger Invalidität zu guter Gehfähigkeit gebracht wurde.

Frauenthal (26) rät, sofort mit dem Auftreten der Lähmungen bei Kinderlähmung mit ganz leichter Massage zu beginnen und dann den Hochfrequenzstrom an der Wirbelsäule, entsprechend dem Erkrankungsbezirk, anzuwenden und an den für faradischen und galvanischen Strom meist reaktionslosen Muskeln. Der Strom soll nur ganz leicht sein und muß fortgelassen werden, sobald sich Zeichen von Kontrakturneigung zeigen. Auch aktive und passive Bewegungen der gelähmten Muskeln sollen ausgeführt werden. Frauenthal hat mit dieser Methode sehr gute Erfolge erreicht. (*Bendix.*)

Noica (40) weist nach, daß aus dem Erhaltensein der willkürlichen Bewegungen, kombiniert mit Verlust des Muskelgefühls und einer Erschlaffung der periartikulären Gewebe, sich die Phänomene der Ataxie erklären; unter der Erschlaffung will er die mangelhafte Fixation der knöchernen Endigungen in den Gelenken verstanden wissen. Er leitet daraus die Berechtigung ab, der Ataxie durch orthopädische Bandagen abzuhelfen.

Strunky (47) glaubt, daß bei Poliomyelitis die Anregung der willkürlichen Bewegung möglich und nützlich sei. Ein von ihm modifizierter kleiner Apparat soll dazu dienen, den gelähmten Kindern die nötige Anregung zu geben.



Buckley (7) setzt die Prinzipien der Neurastheniebehandlung auseinander, welche im wesentlichen auf den Angaben von Weir-Mitchell und Plagfair beruhen. Für den Neurologen enthalten die Ausführungen nichts Neues.

Benedikt (2) hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, daß in akuten Fällen von Beschäftigungsneurosen sich schmerzhafte Stellen an den Sehnen der Unterarme finden. Injektion von 2 % Karbolsäurelösung brachte Heilung; wenn die Fälle erst einmal chronisch geworden waren, so bedurfte es langer Behandlung mit den verschiedensten Methoden, unter denen er die Autogymnastik bevorzugt. Es sind das Widerstandsgymnastikbewegungen, bei denen der Pat. sich mit der einen Extremität die Widerstände für die andere selbst gibt.

Jacobsohn (33) hat einen einfachen Apparat angegeben zur Ausführung passiver Gelenkbewegungen. Der Kranke gibt selbst den Zug, welchem ein Gewichtsgegenzug antwortet.

Vibrostat nennt **Schlenk** (45) einen von Johannsen angegebenen Apparat (Fabrikat Reiniger-Gebbert-Schall), welcher eine Erschütterungsmassage aller Körperteile in sitzender und stehender Stellung ermöglicht.

Taendler's (48) Apparat zur Pronation und Supination des Vorderarmes vermeidet die Mängel der bisherigen; er schaltet alle störenden Mitbewegungen der andern Gelenke aus und erlaubt eine gute, fein abstufbare Dosierung der Bewegungen (Fabrik des med. Warenhauses).

Die Ausführungen von **Cyriax** (12) betreffen die Behandlung von schlecht heilenden Geschwüren durch Massagemanipulationen. Für den Neurologen sind sie ohne Interesse.

Die Thesen der Nervenpunktmassage setzt **Loewe** (36) als bekannt voraus und berichtet mehrere Fälle, bei denen die anzugreifenden Nervenpunkte in den Gesichtshöhlen lagen; 1. einen solchen, bei dem es sich um Blepharospasmus gehandelt zu haben scheint, und der nach Behandlung von Punkten an der nasalen Orbitalwand geheilt wurde, 2. einen Fall von nervösem Schnupfen mit Nervenpunkten an der Nasenwurzel.

Bei Trigeminusneuralgie liegen die Punkte oft sehr versteckt. Es bedarf oft 50 und mehr Sitzungen. Mißerfolge scheinen doch nicht auszubleiben.

Bünger (8) hält nur solche Arten von Kopfschmerz für die Behandlung mit Nervenmassage für geeignet, die durch Schädigung des peripheren nervösen Apparates hervorgerufen sind oder unterhalten werden und insbesondere den sogenannten neurasthenischen und hysterischen Kopfschmerz und den Migränekopfschmerz. Sehr häufig finden sich Druckpunkte am Kopf, inneren Augenwinkeln, Rücken, Wirbelsäule, Magen, Herzgegend, am absteigenden Sitz- und aufsteigenden Schambeinast.

Am schwierigsten ist die Behandlung der neuralgischen Kopfschmerzen: Bünger will außerdem noch einen habituellen Kopfschmerz unterscheiden besonders auffällig als Schulkopfschmerz bei anämischen Kindern.

Bei traumatischem Kopfschmerz soll die Behandlung mit Nervenpunktmassage erst 3 Monate nach dem Unfall beginnen. Der Kopfschmerz der traumatischen Neurose gleicht dem der Hysterie und Neurasthenie; einen Erfolg erwartet Verf. nur in sog. leichten Fällen. Immer ist die Abhängigkeit des Kopfschmerzes von den fühlbaren Schmerzpunkten anzunehmen. Werden diese beruhigt und beseitigt, so hören die Kopfschmerzen auf.

Joffe (34) führte 16 Experimente am N. ischiadicus des Kaninchens aus und fand, daß der Druck auf den Nerven in den ersten Tagen erhöhte Erregbarkeit der zentrifugalen und zentripetalen Fasern hervorruft. Dieser



Zustand dauerte um so länger, je schwächer der Druck auf den Nerven war. Auf das Stadium erhöhter Erregbarkeit folgt ein Stadium herabgesetzter Erregbarkeit. Nach und nach verliert der Nerv seine zentrifugale und zentripetale Erregbarkeit. Bezüglich der anatomischen Veränderungen der Druckmassage konnte er drei Wirkungen experimentell beobachten: 1. Hyperämie mit Entwicklung von Bindegewebe; 2. Degeneration mit folgender Regeneration der Nerven und 3. Degeneration nur eines Teiles der Nervenfasern, wenn der Druck nicht sehr stark war. (*Bendix.*)

Wiszwianski (53) hält die Nervenmassage auch für die Behandlung funktioneller Neurosen für anwendbar und geht von der gewagten theoretischen Vorstellung aus, daß die den Nerven durchfließenden Erregungswellen im kranken Zustande an dem sogenannten Nervenpunkte einen Widerstand erfahren und dadurch eine Schmerzempfindung auslösen. Die Nervenpunktmassage bezwecke nur eine Beseitigung jenes Widerstandes. (*Bendix.*)

Beim Referat dieser Arbeit von **Wiszwianski** (51) über Psychotherapie und Nervenmassage können wir uns auf das in dem Referat No. 52 Gesagte beziehen; Wiszwianski meint, daß die bisherigen Arbeiten über Psychotherapie der Schmerzen zu sehr das Zentrum berücksichtigen und sich um die Peripherie nicht genug kümmern. In Polemik gegen Mohr (Handbuch von Lewandowsky) sagt Wiszwianski, daß Psychotherapie und Nervenmassage sich ergänzen. Er berichtet eine Reihe von glänzenden Heilresultaten, gibt aber zu, daß die streng wissenschaftliche Begründung der Thesen der Nervenpunktmassage noch manches Glied in der Beweisführung vermissen läßt.

Wiszwianski (52) nennt es ein Verdienst von Cornelius, daß er für die verschiedenen Formen der sogenannten psychogenen Schmerzen einen objektiven Anhaltspunkt in den sogenannten Nervenpunkten geschaffen habe. Er schließt sich dessen Ansicht an, daß jeder periphere nervöse Schmerz an einen bestimmten Nervenpunkt gebunden ist; letzteres wieder ist eine Stelle im Körper, die auf einen an sich normalen Reiz mit einer hierzu in keinem Verhältnis stehenden Stärke reagiert. Der in der Nervenmassage geübte Arzt findet an jener Stelle eine dem Willen des Pat. vollkommen entzogene Muskelspannung, die der Stärke des Schmerzes entspricht und mit ihm verschwindet. Der Druck auf einen erregten Punkt verursacht auf dem Wege sensible Bahn, Vorderhorn, motorische Bahn die sogenannte Défense musculaire. Die Nervenpunkte entstehen durch mechanische Reize, ev. durch narbigen Zug oder Druck; dabei stehen alle Nervenpunkte in einem gewissen Zusammenhange, so daß z. B. bei einer Ischias sich auch Schmerzen in der andern Seite, in der Schulter usw. bilden können. Stoßen die Erregungswellen, die als kontinuierlichen Strom den Körper durchfließen, auf solche Nervenpunkte, so äußern sie sich als Schmerz. Die Nervenmassage bezweckt nun eine Beseitigung jenes Widerstandes, sie setzt eine Beruhigung, ein Minus von Erregung, dem dann wiederum ein Plus folgt. So ist zu erklären, daß in der ersten Zeit der Behandlung ein Anschwellen des Schmerzes folgt, dem aber bald die Beruhigung folgt.

Schließlich folgen die bekannten Erörterungen über die Schwierigkeit der Technik, welche eine dreimonatige tägliche Übung erfordere. Die Domäne bildet die Behandlung des nervösen Kopfschmerzes, der Neuralgien, der Magen-Darmneurosen, der rheumatischen und der auf Stoffwechselerkrankungen beruhenden Beschwerden.



Organtherapie.

Ref.: Dr. Arnold Kutzinski-Berlin.

1. Acosta, Enrique, La rabia y el tratamiento de Pasteur. Crón. méd. quir. de la Habana. XXXVII. 51—53.
2. Akopiany, Arschak, Die neueren Behandlungsmethoden des Morbus Basedowii. Inaug.-Dissert. Berlin.
3. Anglada et Baumel, Deux méningites cérébrospinales à méningocoques de Weichselbaum. Guérison par le sérum de Dopter à doses rélativement faibles. Montpellier médical. T. XXXIII. p. 134.
4. Apert, E. et Leblanc, Diffuse Edematous Scleroderma Benefited by Thyroid Treatment. Bull. Soc. de Pédiatrie. Déc.
5. Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray, Tétanos et paratoxine. Guérison. Le Progrès médical. No. 32. p. 392.
6. Bab, Hans, Die Behandlung der Osteomalacie mit Hypophysenextrakt. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1814.
7. Derselbe, Bemerkung zu dem Aufsatz in No. 35 dieses Zentralbl.: „Über einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie". Zentralbl. f. Gynaekol. No. 39. p. 1378.
8. Derselbe, Pituitrin als gynaekologisches Styptikum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1554.
9. Baecher, S., Meningokokkenserum. Handb. d. Techn. u. Methodik d. Immunitätsforschg. Ergzbd. I. 80—104.
10. Bagger-Jörgensen, V., Pituitrin als wehentreibendes Mittel. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 37. p. 1305.
11. Bahrmann, Ueber erfolgreiche Anwendung von Hypophysispräparaten. Medizin. Klinik. No. 6. p. 223.
12. Barjon, F., et Dujol, G., De la méningite cérébrospinale aiguë à staphylocoque; à propos d'un cas traité sans succès par le sérum de Dopter. Lyon médical. T. CXVII. No. 46. p. 1005.
13. Bauda, F., Antirabic Institute of Board of Health of Guadalajara. Journ. of Amer. Public Health Assoc. Nov. 1.
14. Beates, H., and Thomas, B. A., Successful Treatment of Tetanus. Monthly Cyclop. and Med. Bull. June.
15. Benedict, S. Ravaud, Cerebrospinal Meningitis. Ventricular Puncture with Injection of Serum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 5. p. 346.
16. Bondy, Oksar, Pituitrin in der geburtshilflichen Praxis. Berliner klin. Wochenschr. No. 32. p. 1461.
17. Borger, W. A., Paralysen, voorkomende in het verloop eener antirabische behandeling. Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie. Deel 51. Aflevering 6. p. 719.
18. Buffagni, A., Contributo alla cura del tetano con iniezioni intrarachidiane di siero antitetanico. Clin. med. ital. 1910. XLIX. 299—314.
19. Calmette, L'institut Pasteur d'Algérie. Revue d'Hygiène. T. 33. No. 7. p. 621.
20. Camus, Jean, Traitement du tétanos expérimental par les injections bulbaires et parabulbaires de sérum antitétanique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 16. p. 689
21. Derselbe, Contribution à l'étude du traitement du tétanos expérimental. ibidem. T. LXX. No. 15. p. 633.
22. Castaigne, J., et Parisot, J., L'opothérapie thyroïdienne. Le Journal méd. français. No. 11. p. 727.
23. Catillon, Sur les extraits dits physiologiques. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10 S. T. I. p. 191. **(Sitzungsbericht.)**
24. Chase, W. S., Serotherapy in Epidemic Cerebrospinal Meningitis. Ohio State Med. Journal. Jan.
25. Chatelet et Friand, Contribution à l'étude du traitement de la méningite cérébrospinale dans la garnison par le sérum antiméningococcique. Arch. de méd. et pharm. mil. LVIII. No. 2.
26. Chauvet et Fortineau, Un cas de méningite cérébro-spinale; traitement par la sérothérapie; guérison. Gaz. méd. de Nantes. 1910. No. 23. p. 450.
27. Chevrel, F., A propos du diagnostic de la méningite cérébrospinale méningococcique et de son traitement sérique. Le Progrès médical. No. 15. p. 188.
28. Cole, A. P., Data Concerning Rabies and the Efficiency of Pasteur Immunization. Lancet-Clinic. June. 3.
29. Conti, A., I nuovi metodi di diagnosi e di cura della meningite cerebrospinale epidemica. Gazz. d. osp. 1910. XXXI. 163—169.



30. Courtellemont, Tétanos utérin à forme chronique. Injections épidurales de sérum antitétanique et traitement médicamenteux. Guérison. Le Progrès médical. No. 33. p. 404.
31. Cox, A. E., Use of Flexners Serum in Cerebrospinal Meningitis. Journ. of Arkansas Med. Soc. Oct.
32. Crile, G. W., A New Principle in Treatment of Hyperthyroidism. Lancet-Clinic. April. 1.
33. Cruchet et Carles, Traitement de l'incontinence d'urine infantile, dite essentielle, par les injections épidurales de sérum de Hayem. Le Progrès médical. No. 9. p. 106.
34. Damaye, Idiotie complète par méningo-hydrencéphalite. Arrêt de développement physique. Echo méd. du Nord. 1910. 3. April.
35. Dayton, Hughes, Treatment of Exophthalmic Goiter with Thyroidectin. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 16. p. 1176.
36. Drompt, G., De la sérothérapie dans l'épilepsie. Revue critique générale. Thèse de Montpellier.
37. Dubosc, Les accidents de la sérothérapie antiméningococcique. Thèse de Paris.
38. Du Chatelet et Friant, Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale dans la garnison de Verdun; résultats du traitement par le sérum antiméningococcique. Arch. de méd. et pharm. mil. LVII. 108—134.
39. Edmunds, Walter, Treatment of Graves's Disease with the Milk of Thyroidless Goats. The Lancet. II. p. 1618.
40. Elvira, Angel, Autosueroterapia. Rev. de Medicina y Cirurgia pract. p. 414.
41. Engelmann, F., Über die Behandlung der Eklampsie mittels intravenöser Hirudininjektionen auf Grund von 14 Fällen. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXVIII. No. 3. p. 640.
42. Everling, Zwei mit hohen Antitoxingaben behandelte Fälle von Tetanus. Die Therapie der Gegenwart. März. p. 109.
43. Fellenberg, R. von, Ueber Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 35. p. 1227.
44. Firth, A. C. D., Enuresis and Thyroid Extract. The Lancet. II. p. 1619.
45. Flatau, Pituitrin als Wehenmittel. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 116. **(Sitzungsbericht.)**
46. Flexner, J. A., Serum Treatment of Cerebrospinal Meningitis. Kentucky Med. Journ. July 15.
47. Flexner, Simon, Influenzal Meningitis and its Serum Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 1. p. 16.
48. Freund, S., Serumtherapie bei Schwangerschaftstoxikosen. Medizin. Klinik. No. 10. p. 371.
49. Fries, H., Klinische und poliklinische Erfahrungen mit Pituitrin als wehenanregendem und wehenverstärkendem Mittel. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 46. p. 2438.
50. Fröhner, E., Erfolglose Anwendung von Behrings Tetanusheilserum bei zwei Pferden. Monatsh. f. prakt. Tierh. XXII. 148—152.
51. Frugoni, C., und Gargiano, C., Eine eigentümliche Komplikation während der Pasteurschen Schutzimpfung gegen Lyssa. Berliner klin. Wochenschr. No. 6. p. 254. u. Riv. crit. di clin. med. XII. 129—131.
52. Galliard et Donzelot, Myélite bulbaire aigue de Leyden ou paralysie diphthérique? Guérison rapide par le sérum antidiphthérique de Roux. Gaz. des hôpitaux. p. 1805. **(Sitzungsbericht.)**
53. Garcia Rizo R., Liga contra el tétanos infantil; proyecto de regolamento, observaciones clinicas, moción y conclusiones. Rev. méd. cubana. XVIII. 269—289.
54. Garel et Lesieur, Ch., Etat neurasthénique par coryza de nature diphtérique méconnue. — Guérison par la sérothérapie. Lyon médical. T. CXVI. p. 431. **(Sitzungsbericht.)**
55. Gendron, André, Sérothérapie de la méningite cérébro-spinale épidémique. Gaz. méd. de Nantes. 1910. No. 7—8. p. 121—132. 141—154.
56. Gottfried, S., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 14. p. 542.
57. Graser, E., Die Therapie des Tetanus. Vortr. ü. prakt. Therap. 1910. 3. s. H. 11. 845—863.
58. Grego, E., Sul valore terapeutico degli estratti nervosi. Gazz. d. osp. 1910. XXXI. 473.
59. Guignard, Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. Leurs causes et les moyens de les éviter. Thèse de Paris.
60. Guthrie, C. C., On Evidence of Some Influence on Offspring from Engraffed Ovarian Tissue. Science. p. 816.
61. Hallion, L., La pratique de l'opothérapie, principes, indications, posologie. Paris. Masson.



62. Hamm, A., Über ein neues Wehenmittel. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 487.
63. Hammond, F. S., Serum Treatment of Epidemic Cerebrospinal Meningitis. Journ. of the Med. Soc. of New Jersey. June.
64. Haškovec, Ladislaus, Über Wirkung des Thyreoidalextraktes. Wiener klin. Wochenschrift. No. 31. p. 1116. (cf. Jahrg. XIV. p. 940.)
65. Haynes, J. S., Two Cases of Tetanus Treated with Tetanus Antitoxin. Amer. Journ. of Surgery. Sept.
66. Hell, L., Ueber die Anwendung von Pituitrin bei Abort. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 50. p. 2651.
67. Heller, O., und Rothermundt, M., Die Verbreitung und Bekämpfung der Hundswut in der Schweiz während der letzten 10 Jahre und die Ergebnisse der Schutzimpfung nach Berichten der Pasteurabteilung. Arb. a. d. Inst. z. Erforsch. d. Infektionskrankh. in Bern. 1910. H. VI. 35—46.
68. Henry, J. Norman, The Treatment of Tetanus. Medical Record. Vol. 80. No. 15. p. 720.
69. Heully, L., Les traitements actuels du tétanos. Rev. méd. de l'est. XLIII. 257. 297.
70. Heymann, Bruno, Bericht über die Tätigkeit der Wutschutz-Abteilung am Hygienischen Institut der Universität Breslau vom 1. April 1909 bis 31. März 1910. Klinisches Jahrbuch. Bd. 25. H. 4. p. 523.
71. Hirsch, C., Über Organotherapie. Therapeut. Monatshefte. No. 7. p. 405.
72. Hofbauer, J., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. I. Mitteilung. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 4. p. 137.
73. Derselbe, Pituitrin und Digitalis in der geburtshülflichen Praxis. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. XXXIV. H. 3. p. 283.
74. Hofstätter, R., Pituitrin als Blasentonikum. Wiener klin. Wochenschr. No. 49. p. 1702.
75. Jäger, Ueber Pituitrinwirkung. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 53. **(Sitzungsbericht.)**
76. Jeanselme, E., et Touraine, E., Action du sérum humain sur le „Treponema pallidum", essais de séro-agglutination de la syphilis. Journ. méd. français. 15. Oct.
77. Derselbe, Vernes, A., et Bertrand, Traitement de la syphilis du nourrisson par le lait de chèvre salvarsanisée. Paris médical.
78. Jochmann, Ueber die Serumtherapie der epidemischen Genickstarre. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 38. p. 1733.
79. Kennedy, J. C., Is Antitetanic Serum a Factor in the Cure of Tetanus? New York Med. Journal. April 29.
80. Klotz, Rudolf, Über die therapeutische Anwendung von Pituitrin (Hypophysenextrakt) mit besonderer Berücksichtigung seiner blutdrucksteigernden Komponente. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 21. p. 1119.
81. Kraïouchkine, W., Les vaccinations antirabiques à St.-Pétersbourg. Rapport pour l'année 1909. Arch. des Sciences biolog. à St. Pétersbourg. T. XVI. No. 4. p. 348.
82. Kraus, R., Experimentelle Beiträge zur Schutzimpfung bei Poliomyelitis acuta. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Originale. Bd. 9. H. 2. p. 117.
83. Lafond, Méningite cérébro-spinale guérie par la ponction lombaire et l'injection de sérum de Dopter. Loire méd. XXX. 48—50.
84. Laser, Eduard, Ueber thyreotoxische Erscheinungen und ihre Behandlung mit Antithyreoidin. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 13. p. 689.
85. Leopold-Lévi, Des mécanismes d'action du traitement thyroïdien sur les troubles intestinaux. (A propos de la communication de M. Marbé.) Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 24. p. 18.
86. Levy, Ernst, Serumbehandlung der übertragbaren Genickstarre. Klinisches Jahrbuch. Bd. 25. H. 2. p. 121.
87. Liell, Edward N., Traumatic Tetanus. Recovery Following the Administration of Tetanus Antitoxin. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 1. p. 15.
88. Lissner, H. H., Sterilized Spinal Fluid Subcutaneously Reinjected for Tubercular Meningitis. Southern California Practitioner. June.
89. Macinescu, Marie, Recherches sur le liquide céphalo-rachidien employé comme antigène. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 10. p. 407.
90. Magula, M., Ueber die Vorbeugung und Behandlung des Wundstarrkrampfes. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 76. H. 3. p. 588.
91. Marie, A., Wutschutzimpfung und Tollwutserum. Handb. d. Techn. u. Methodik d. Immunitätsforsch. Jena. Ergänzsbd. I. 436—457.
92. Markeloff, G., Organotherapie der Nervenkrankheiten. Therapeut. Rundschau. (russ.)
93. Martin, Joseph D., Treatment of Tetanus. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 154. **(Sitzungsbericht.)**



94. Mayer, A., Zur therapeutischen Verwendung von normalem Schwangerschaftsserum. (Bemerkung zum Aufsatze von Herrn Prof. R. Freund No. 10 p. 371 dieser Wochenschrift.) Medizin. Klinik. No. 20.
95. Derselbe, Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Schwangerschaftstoxikosen mit normalem Schwangerschaftsserum. Zugleich eine Bemerkung zur Arbeit von Rübsamen in No 21. dieses Zentralblattes. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 37. p. 1299.
96. Derselbe, Normales Schwangerschaftsserum als Heilmittel gegen Schwangerschaftsdermatosen im besonderen und Schwangerschaftstoxikosen überhaupt. ibidem. No. 9. p. 350.
97. Menabuoni, G., Sulla cura del tetano nei bambini con speciale riguardo alla sieroterapia. Riv. di clin. pediat. IX. 112—131.
98. Millard, R. J., Case of Tetanus Treated by Subdural Injection of Antitoxin. Australasian Med. Gaz. June.
99. Murri, A., Sulla organoterapia. Bologna. Zanichelli. und Würzburg. C. Kabitzsch.
100. Nassibobb née Malujenko, Contribution à l'étude du traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par le sérum de Dopter. Thèse de Montpellier.
101. Netter, Arnold, La méningite cérébro-spinale et son traitement sérique. Journal de Médecine de Paris. No. 3. p. 50.
102. Derselbe, Gendron, A., et Touraine, Sérothérapie de la poliomyélite antérieure aiguë. (Première note.) Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 15. p. 625.
103. Dieselben, Sérothérapie de la poliomyélite aigue. (Deuxième note.) Résumé de quatre observations. ibidem. T. LXX. No. 16. p. 707.
104. Dieselben. (Troisième note.) ibidem. No. 17. p. 739.
105. Neu, Maximilian, Über einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 35. p. 1233.
106. Derselbe, Zur Pharmakologie und klinischen Dignität der Uterustonika. Unter besonderer Berücksichtigung des Hypophysenextraktes (Pituitin). Münch. Mediz. Wochenschrift. No. 11. p. 565.
107. Nicolas, J., et Moutot, H., Sclérodermie en plaques: Forme mixte: lardacée et tubéreuse. Traitement thyroïdien; amélioration rapide. Lyon médical. T. XXVII. p. 1458. (Sitzungsbericht.)
108. Nyland, A. H., Fünfzehnter Jahresbericht des Instituts Pasteur in Weltevreden (Java) über das Jahr 1909. Janus. 16. 313—321.
109. Offergeld, Heinrich, Klinische Versuche mit Ovariensubstanz. Dtsch. mediz. Wochenschrift. No. 25. p. 1172.
110. Ohnacker, Paul, Ein durch Sinusthrombose und eitrige Meningitis komplizierter schwerer Fall von septischem Scharlach, geheilt durch mehrfache operative Eingriffe und mehrmalige intralumbale Injektionen von Antistreptokokkenserum. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XLIII. H. 4. p. 333.
111. Pariser, Curt, Die Behandlung der konstitutionellen Fettsucht mit Schilddrüsenpräparaten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 5. p. 134.
112. Parisot, J., et Spire, A., La médication hypophysaire en obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Ann. de Gynécol. Déc. p. 689.
113. Pater, H., L'opothérapie hypophysaire. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXII. No. 7. p. 241.
114. Perrucci, Pietro, Über die präventive Anwendung des Antitetanusserums Tizzoni beim Pferd. Sull' uso preventivo del siero antitetanico Tizzoni, con alcune indicazioni per la sua pratica applicazione nel cavallo. Moderno Zooiatro. u. Cbl. f. Bakteriol. Originale. Bd. 60. H. 1/2. p. 152.
115. Pfeifer, Julius, Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Centralbl. f. Gynaekol. No. 22. p. 814.
116. Pick, Über die Wirkung von Nebennierenpräparaten bei Asthma bronchiale. Medizin. Klinik. No. 5. p. 175.
117. Proescher, Frederic, Further Experience in the Preventive Treatment of Rabies with Unchanged Virus Fixe. Arch. of Internal Medicine. Vol. 8. No. 3. p. 351.
118. Radin, Herman Theodore, The History of the Treatment of Cerebrospinal Meningitis with Special Reference to the Serum Treatment. The Amer. Journ. of Obstetrics. Febr. p. 340.
119. Rebello, S., Bocio exophtalmico e sieroterapia thyrotoxica. Med. contemp. XXIX. 37—40.
120. Regnault, Jules, Deux cas de goitre exophtalmique guéris par l'opothérapie. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLVI. p. 823.
121. Derselbe, L'opothérapie surrénale dans les vomissements de la grossesse. Rôle des sécrétions internes dans la détermination du sexe. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 152. No. 21. p. 1408.

122. Remertz, Otto, Über prophylaktische Injektion von Tetanusantitoxin. Samml. klin. Vorträge. N. 635/636 Chirurgie. No. 176/177. Leipzig. J. A. Barth.
123. Ricketts, H. T., and Kirk, E. J., The Adjuvant Action of Serum Egg-Albumen, and Broth on Tetanus-Intoxication. In: Ricketts H. T. Contribution to Med. Sc. Chicago. 266—277.
124. Risel, Hans, Der therapeutische Wert der Heilsera. Therapeut. Monatshefte. No. 1. p. 20.
125. Robinson, R., Sur le rapport des glandes surrénales avec l'état de gravidité et sur l'efficacité de l'emploi de l'adrénaline dans les vomissements incoercibles de la grossesse. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 152. No. 17. p. 1118.
126. Rocaz, L'opothérapie thyroïdienne et l'eczéma des nourrissons. Gaz. méd. de Paris. No. 110. p. 281.
127. Rosenthal, Georges, L'opothérapie nerveuse. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXII. No. 4. p. 138.
128. Ross, A., Über Extractum hypophysis als Mittel zur Anregung der Wehentätigkeit. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 34. p. 1208.
129. Rübsamen, W., Ein Versuch, Schwangerschaftstoxikosen durch Einspritzung von Schwangerschaftsserum zu heilen. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 21. p. 778.
130. Ruediger, E. H., Duration of Passive Immunity, Especially that Against Tetanus. Bull. of the Manila Med. Soc. May. June.
131. Sainton, Paul, Les glandes à sécrétion interne et l'opothérapie. Le Journal médical français. No. 11. p. 701.
132. Salmon, A., La cura ipofisaria del morbo di Basedow. Policlinico. Sept. 2. No. 36. d. 1129—1160.
133. Savini, E., Organothérapie génitale et tachycardie paroxystique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 25. p. 108.
134. Schepelmann, Emil, Genickstarre und Heilserum. Wiener klin. Wochenschr. No. 4. p. 118.
135. Schiffmann, Josef, Pituitrin als wehenerregendes Mittel. Wiener klin. Wochenschr. No. 43. p. 1498.
136. Schmid, Hans Hermann, Über die Anwendung von Pituitrin und Pantopon in der Geburtshilfe. Gynaekolog. Rundschau. No. 15. p. 563.
137. Schürmann, Walter, und Sonntag, Erich, Untersuchungen über die auf verschiedene Weise hergestellten Tetanusheilsera mit Hilfe von Immunitätsreaktionen und Tierversuchen. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Originale. Bd. IX. H. 4. p. 490.
138. Spingarn, A., Case of Meningococcic Meningitis in Three-Month-Old Infant Successfully Treated with Flexner Serum. New York State Journal of Medicine. Oct. 11.
139. Stein, Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin und Nauheimer Bädern. Zeitschr. f. Balneologie. No. 14. p. 383.
140. Stern, Robert, Wehenverstärkung und Wehenerregung durch Pituitrin. Berl. klin. Wochenschr. No. 32. p. 1459. u. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 31. p. 1113.
141. Steuernagel, Ueber Pituitrin. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2773. **(Sitzungsbericht.)**
142. Stiassny, Sigmund, Eine neue Indikation zur Anwendung des Pituitrin. (Vorläufige Mitteilung.) Gynaekol. Rundschau. No. 13. p. 496.
143. Studeny, Alfred, Bericht über die Anwendung des Pituitrins in der Brünner Landesgebäranstalt. Wiener klin. Wochenschr. No. 51. p. 1766.
144. Tarabini, L., Neuro-miastenia acutissima in una donna allattante guarita rapidamente dietro l'uso della paraganglina. Gazz. d. osp. XXXII. 371.
145. Taylor, Alonzo Englebert, The Treatment of Exophthalmic Goiter with Specific Antiserum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 4. p. 263.
146. Trevisanello, C., La terapia organica nell'epilessia. Gazz. d. osp. XXXII. 667—670.
147. Tschikste, Anastasia, Ueber die Wirkung des im Schilddrüsenkolloid enthaltenen Nucleoproteides bei Morbus Basedowii. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2217.
148. Vaillard, Les indications d'emploi et les effets du sérum antitétanique. Bull. de l'Académie de Médecine. 3. S. T. LXV. No. 13. p. 421.
149. Vogt, Emil, Geburtshilfliche Erfahrungen mit Pituitrin. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2734.
150. Voigts, Erfahrungen über Pituitrinwirkung in Klinik und Poliklinik. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2286.
151. Watson, G. H., Tetanus: Subdural Injections of Antitetanic Serum: Recovery. Brit. Medical Journal. I. p. 1464. (Hospital Report.)
152. Williams, Leonard, The Therapeutic Promise of the Internal Secretions. The Practitioner. Vol. LXXXVII. No. 5. p. 605.
153. Wollstein, M., Serum Treatment of the Influenzal Meningitis. Journ. of Experim. Medicine. July.



Die Ausbeute auf organtherapeutischem Gebiet ist in diesem Jahre nur gering. Immerhin verdienen einige Versuche besonders hervorgehoben zu werden. Physiologisches Interesse beansprucht die von den Gynäkologen angewandte Therapie der Uterusatonie und der Einleitung der Entbindung durch den Hypophysenextrakt. Weiter sind bemerkenswert die Untersuchungen Netters und anderer, welche die Serumbehandlung der Poliomyelitis zum Gegenstande haben. Wenn sie auch naturgemäß noch keine Resultate zu verzeichnen haben, so erscheint doch der von ihnen begangene Weg aussichtsreich. Die Untersuchungen Levys über die eitrige Meningitis zeigen, welche Erfolge der Serumtherapie noch bevorstehen.

Netter, Gendron und **Touraine** (102) haben gegen die Poliomyelitis anterior acuta das Serum solcher Kranken benutzt, die die gleiche Krankheit durchgemacht haben. Von den 4 so behandelten Fällen war bei 3 eine Besserung zu verzeichnen, während der 4. Fall zum Exitus kam. Die Verf. haben Dosen von 3—13 ccm injiziert. Ein Kranker hat insgesamt 103 ccm erhalten, die sich auf 9 Injektionen verteilen. Nebenwirkungen werden von den Autoren nicht mitgeteilt. Sie bemerken selbst, daß ihr Material keine weiteren Schlußfolgerungen zuläßt.

Netter, Gendron und **Touraine** (103, 104) teilen ihre weiteren Beobachtungen von 4 Kranken mit, die in gleicher Weise behandelt wurden. Die subjektiven Beschwerden wurden im 1. Fall sehr günstig beeinflußt, dagegen blieb die Lähmung unverändert bestehen, und schließlich trat 2 Monate nach dem Ausbruch der Krankheit der Tod ein. In der 2. Beobachtung wurde die Lähmung der unteren Extremität gebessert. Der 3. Fall kam zum Exitus. Der 4. Fall dagegen zeigte eine wesentliche Besserung des Zustandes. In diesem Fall wurden dreimal Injektionen von 7, 6, 5 ccm Serum verabfolgt. Schon am Tage nach der 1. Injektion wurden die oberen Extremitäten leichter bewegt, und einige Tage später konnte Patientin gehen.

Dieselben Autoren kommen in einer kritischen Besprechung ihrer Resultate zu dem Ergebnis, daß zwar die Erfolge noch nicht eindeutig sind. Immerhin ermutigen sie aber zu weiteren Versuchen. Sie berichten selbst noch über 1 Fall, in dem eine unmittelbare Beeinflussung durch die Injektionen stattgefunden hat. Allerdings kam es schließlich doch zum Exitus.

Schepelmann (134) bringt einen Fall von Genickstarre, der prompt durch das Jochmannsche Antimeningokokkenserum zur Heilung kam. Er knüpft daran die Aufforderung, nicht nur zur Erzielung eines raschen Erfolges, sondern auch mit Rücksicht auf die Serumkrankheit die sofortige Anwendung einer großen Dosis vorzunehmen.

Barjon und **Dujol** (12) bringen einen Bericht über eine Zerebrospinalmeningitis, welche durch den Staphylokokkus verursacht war. Der Fall unterschied sich in der Symptomatologie in nichts von der gewöhnlichen Meningitisform. Die Differenzialdiagnose konnte nur durch die Untersuchung des Lumbalpunktates festgestellt werden.

Flexner (47) teilt einen Fall von Influenzameningitis mit, der durch Serumbehandlung günstig beeinflußt wurde.

Levy (86) hat seine großen Erfahrungen über die Serumbehandlung der Genickstarre zusammengefaßt. Er verfügte über 165 eingehend beobachtete Fälle. Seine Mortalität betrug 18,18 %, das ist ein Prozentsatz, der sich weit unter dem auch der leichtesten Epidemie hält. Den Gegensatz gegen frühere Statistiken zeigt die Angabe, daß 1908 die Mortalität 60 % betrug. Es wurde das Kolle-Wassermannsche Serum angewandt. Abgesehen von der Mortalität wurde auch die Krankheitsdauer durch die



Serumtherapie sehr günstig beeinflußt. Bei 127 Patienten betrug diese nach der 1. Serumeinspritzung im Durchschnitt nur noch 6,8 Tage. Verf. empfiehlt, die Kranken auch nach dem Abklingen der meningitischen Symptome noch etwa 10—14 Tage im Krankenhaus zu behalten, um etwaige Serumerscheinungen beobachten zu können. Die Einwirkung des Serums auf die Meningokokken äußert sich in der Tatsache, daß in 18 Fällen schon nach einer einzigen, in 33 nach der 2. und in 35 nach der 3. Injektion Kokken nicht mehr nachzuweisen waren. Auch die Beschleunigung der Lymphozytose, die als ein gesetzmäßiger, durch das Serum hervorgerufener Vorgang zu betrachten ist, ist sehr frappant. Der Eiweißgehalt des Liquor cerebrospinalis wird durch die Injektion herabgesetzt. Oft findet man 24 oder gar 16 Stunden nach der Einspritzung den Eiweißgehalt niedriger als vorher. Daß Komplikationen seltener sind, bedarf keiner näheren Begründung. Eine Besprechung der Todesfälle zeigt, daß in vielen Fällen die Ursache des Todes die zu späte Verabfolgung des Serums gewesen ist. Gelegentlich ist auch eine Spätwirkung der Toxine vielleicht als Todesursache anzusprechen. Besonders bemerkenswert ist auch die Mitteilung, daß die starke Eiterbildung im Rückenmarkskanal durch die Injektionen zu sehr rascher Auflösung kam. So stand ein Patient, dessen Zerebrospinalsystem ganz in Eiter eingebettet war, 4 Tage nach der 1. Injektion allein auf und zeigte keine schweren Symptome mehr. Wesentliche Bedeutung schreibt Verfasser der frühzeitigen Behandlung zu. Einflüsse des Alters waren nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Mißerfolge boten die Fälle, die mit einem Hydrozephalus kombiniert waren. Von den technischen Ratschlägen des Verfassers ist vor allen Dingen darauf hinzuweisen, daß nach der Verabfolgung des Serums eine Beckenhochlagerung stattzufinden hat. Um einen Dauererfolg zu erzielen, sind mehrfache Injektionen fast stets erforderlich. Einen Maßstab dafür gewährt die Untersuchung auf Lymphozyten. Das Verschwinden der Kokken bei noch starker Leukozythose ist ein sehr unsicherer Maßstab. Oft hat Verfasser in solchen Fällen Rezidive beobachtet. Diese sind auch bei Serumbehandlung nicht ganz ausgeschlossen, aber immerhin doch erheblich seltener.

Jochmann (78) gibt einen Überblick über seine Resultate, die sich im wesentlichen mit denen Levys decken. Er ist der Meinung, daß die bakteriotrope Eigenschaft der wirksamste Bestandteil des Meningokokkenserums ist. Auch er verlangt intralumbale Behandlung, die eventuell wiederholt werden muß. Einen guten Anhalt für die fortschreitende Besserung gewährt die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit und die Beobachtung des Fiebers. Nebenwirkungen sind verhältnismäßig gering. Eine Vorbedingung für gute Erfolge ist eine möglichst frühzeitige Behandlung. Ein Schaden erwächst den Kranken auch dann nicht, wenn die bakteriologische Untersuchung die Diagnose nicht bestätigt hat.

Ohnacker (110) teilt einen Fall von septischem Scharlach mit, der durch Sinusthrombose und eitrige Meningitis kompliziert war. Die Lumbalpunktion hatte trüben Liquor mit reichlichen Leukozyten ergeben. Es wurden mehrmals 20 ccm Antistreptokokkenserum intralumbal injiziert. Nach einigen Tagen war das Befinden leidlich gebessert und der Liquor klar.

Klotz (80) hat neben klinischen Versuchen auch experimentell die Anwendung des Pituitrins zu stützen versucht. Die Wirkung des Pituitrins ist graduell beträchtlich verschieden beim gesunden und geschädigten Organismus. Erst bei bestehender Blutdrucksenkung tritt eine deutliche Blutdrucksteigerung zutage, während sie bei normalem Blutdruck sich in sehr bescheidenen Grenzen hält. Schon 3 Minuten nach der intramuskulären



Injektion wird der Füllungszustand des Arterienrohres deutlich besser. Über die Dauer der Pituitrinwirkung kann zurzeit noch nichts Bestimmtes ausgesagt werden. Die Menge, die bei einer erwachsenen Person anzuwenden ist, beträgt 0,2 frische Drüsensubstanz. Interesse verdient die Mitteilung, daß Verfasser auch die akute Blutdrucksenkung bei einem postoperativen Chock durch Pituitrininjektion beträchtlich auszugleichen vermochte.

Bondy (16) teilt acht Fälle mit, bei denen Pituitrin die Wehenschwäche vollständig beseitigte, ohne Schaden für Mutter und Kind. Bei einem weiteren Fall war der Erfolg nur teilweise; bei einer älteren Erstgebärenden blieb der Erfolg aus. (*Bendix.*)

Voigt (150) fand, daß das Pituitrin das beste, die Wehentätigkeit anregende Mittel ist, das wir besitzen. Bei richtiger Auswahl der Fälle und richtiger Dosierung hatte es auf die Wehentätigkeit günstig eingewirkt. Das Mittel ist aber nicht absolut harmlos, so trat einmal Übelkeit, Schwindelgefühl, Blässe und Erweiterung der Pupillen auf. (*Bendix.*)

Nach **Voigts** (149) Erfahrungen an einem reichhaltigen Material Kreißender wirkt das Pituitrin prompt und sicher auf die Austreibungsperiode. Es dient zur Beschleunigung normaler Geburten und zur Bekämpfung der Wehenschwäche auch bei engem Becken. Es ist das idealste Wehenmittel, das wir heute besitzen. (*Bendix.*)

Pfeifer (115) hat bei einem Fall von Wehenschwäche und wahrscheinlicher Urämie mit Hypophysenextrakt keinen Erfolg erreichen können. (*Bendix.*)

Roß (128) hat überraschende Erfolge mit einmaliger, eventuell zweimaliger Injektion von 0,01 Extractum hypophysis bei Wehenschwäche zur Anregung der Wehentätigkeit und Beendigung der Geburt erreicht. (*Bendix.*)

Auch **Hofbauer** (73) fand das Pituitrin als brauchbares und souveränes Wehenmittel. Adrenalin versagte in 6 von den 7 Fällen, wo es in Anwendung kam. Ferner gelang es Hofbauer, durch Digaleninjektionen bei drohender kindlicher Asphyxie bessernd auf die kindlichen Herztöne einzuwirken. (*Bendix.*)

Hofbauer (72) hat bei 6 Fällen von Wehenschwäche mit Pituitrin einen frappanten Erfolg erzielt. Die ausgelöste Wehentätigkeit war eine reguläre, aber ohne tetanischen Charakter. In der Austreibungsperiode gegeben, erwirkte das Mittel manchmal geradezu einen Wehensturm. (*Bendix.*)

Bahrmann (11) hat bei 3 Kindern mit Entwicklungshemmungen des Gehirns Hypophysenextrakt von Merck, Freund und Redlich angewendet. Bei allen dreien soll Besserung des Zustandes eingetreten sein. Auch Fälle funktioneller Nervenerkrankungen sind häufig beeinflußt worden. Verf. rät daher zu eingehenderen Versuchen.

Neu (106) konnte bei Durchströmungsversuchen der hinteren Extremitäten von rückenmarkszerstörten Fröschen feststellen, daß auf Zusatz von Hypophysenextrakt zur Durchströmungsflüssigkeit eine beträchtliche Verminderung des venösen Ausflusses eintritt. Verf. folgert aus seinen Versuchen, daß die Wirkung des Pituitrins der einer sehr verdünnten Suprareninlösung gleichzusetzen ist. Er lehnt es ab, daß das Pitruitrin arteigene Wirkungen entfalten könnte.

Gottfried (56) berichtet über die erfolgreiche Anwendung des Hypophysenextraktes als Wehenmittel. Die Wirkung soll bereits eine Viertelstunde nach der Verabfolgung eingetreten sein, während alle anderen Mittel versagt hatten.

Stern (140) hatte bei seinen Versuchen mit Pituitrin keine so günstigen Resultate wie die anderen Autoren. Nahe dem Schwangerschaftsende waren



die Versuche zur Einleitung der Geburt befriedigend, dagegen versagte die Methode bei 2 Versuchen der Aborteinleitung in den ersten Schwangerschaftsmonaten fast vollkommen.

Fries (49) hat in 21 Fällen das Pituitrin erfolgreich angewandt. Nicht ein einziges Mal hat das Mittel in seiner wehenanregenden und verstärkenden Wirkung versagt.

Schiffmann (135) hat in 16 Fällen das Pituitrin erfolgreich gebraucht. Er kommt zu dem Resultat, daß das Mittel am Schlusse der Gravidität, insbesondere nach bereits stattgefundener und dann sistierender Wehentätigkeit außerordentlich wertvoll ist. Zur Einleitung des Aborts ist es jedoch ungeeignet.

Bagger-Jörgensen (10) gibt einen Bericht über 5 Fälle, bei denen das Pituitrin als Uterustonikum wirksam war. Er schließt sich den Erfahrungen Hofbauers an.

Neu (105) hat einen Fall von Osteomalakie durch Pituitrin zu einer wesentlichen Besserung geführt. Er verabfolgte täglich 0,5 ccm; insgesamt erhielt die Kranke 5,5 ccm. Eine spätere Mitteilung über denselben Fall zeigte allerdings, daß eine erneute Gravidität den Zustand wieder verschlimmert hatte.

Bab (6) hat Untersuchungen über die Osteomalakiebehandlung mitgeteilt. Er hat in 10 Fällen Hypophysenextrakt angewendet. Er wurde dazu durch die Erwägung geführt, daß eine Hyperfunktion der Ovarien die Ursache dieser Störung bildet. Diese Erkrankung steht bekanntlich im Gegensatz zur Akromegalie, bei der ja eine Hyperfunktion der Ovarien vorliegt. Die Gegensätzlichkeit dieser beiden Zustände zeigt sich auch in dem Verhalten der Zuckerausscheidung und in den Beziehungen zur Thyreoidea. Alle diese Tatsachen bestimmten den Verf. zu einer hypophysären Therapie. Als Fazit seiner Erfahrungen hebt Verf. hervor, daß in einer Anzahl von Fällen die Knochenschmerzen beseitigt und die Bewegungsfähigkeit gebessert wurden. In einzelnen Fällen erreichte die Besserung nur einen bestimmten Grad. Auch völlig renitent bleibende Fälle kamen zur Beobachtung.

Mayer (94) stellt die Theorie auf, daß das Blut einer gesunden Schwangeren eine Heilwirkung auf Graviditätstoxikosen ausüben müsse. Auf Grund dieser Theorie injizierte er normales Schwangerenserum. In einer weiteren Publikation berichtet er über einen Fall von schwerer Eklampsie, dem er eine intravenöse Injektion von normalem Schwangerenserum verabfolgt hatte. Hier kam eine Heilung ohne vorherige Entbindung zustande.

Mayer (96) nimmt an, daß das Blut einer gesunden Schwangeren eine Heilwirkung auf Graviditätstoxikosen ausüben müsse, und daß man einer an Graviditätstoxikose erkrankten Frau ihr Defizit durch Einverleiben von Blutserum einer gesunden Frau ersetzen könne. Er fordert deshalb nach eigenen zufriedenstellenden Versuchen auf, alle Schwangerschaftstoxikosen, wie Dermatosen, Eklampsie, Schwangerschaftalbuminurie, gewisse Formen von Emesis, Tetanie und vielleicht auch Osteomalakie usw. mit Serumeinspritzung zu behandeln. (*Bendix.*)

Rübsamen (129) hat einen Fall von Schwangerschaftstoxikose, hämorrhagisches Exanthem, durch Einspritzung von Schwangerschaftsserum nicht beeinflussen können; es stellte sich sogar post injectionem eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens ein. (*Bendix.*)

Freund (48) hat drei Fälle von puerperaler Eklampsie mit Serum gesunder Schwangerer behandelt. In allen 3 Fällen wurde Heilung erzielt. Auch in einem Fall von Gravidität im 3. Monat, bei der schwere psychische Depression bestand, bei der es zu Nahrungsverweigerung und unwill-



kürlichem Kotabgang gekommen war, hat die Injektion von insgesamt 49 ccm Serum eine deutliche Besserung des Gesamtzustandes herbeigeführt. Es werden allerdings Mitteilungen über das spätere Verhalten der Behandelten vermißt.

Rosenthal (127) verteidigt die Opiumtherapie bei nervösen Zuständen und bringt dabei nur im wesentlichen bekannte Tatsachen.

Haškovec (64) knüpft in seinen Untersuchungen über die Wirkung des Thyreoideaextraktes an seine früheren Resultate an. Er bleibt dabei, daß bei Kaninchen nach Injektionen des Thyreoideasaftes eine Blutdruckdepression auftritt. Auch beim Hunde wird eine solche und gleichzeitig eine Pulsbeschleunigung hervorgerufen. Die Depression wird durch die direkte Herzschwächung und die Vasodilatation, die Beschleunigung neben der direkten Wirkung auf das Herz hauptsächlich durch Reizung des Zentrums der Nervi accelerantes bewirkt. Eine Ergänzung zu diesen Untersuchungen bildet die Anwendung von intravenösen Jodinjektionen. Auch hier ergaben die Versuche Depressionen und Pulsbeschleunigungen.

Tschikste (147) hat experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Schilddrüsenkolloids bei Morbus Basedow angestellt. Verf. konstatierte unter dem Einfluß des Nukleoproteides und der anderen Behandlung eine Zunahme des Körpergewichtes. Es zeigte sich, daß eine Stickstoff- und eine Phosphorsäureretention stattfand. Verf. folgert daraus, daß diese beiden Stoffe als Antagonisten der jodhaltigen Schilddrüse zu betrachten sind. Weitere Untersuchungen werden über die Wirkungsweise des Nukleoproteides Näheres zu ergeben haben. Verf. erörtert die Frage, ob nicht etwa eine Fermentwirkung eine Rolle spielt, da ja für viele Fermente ein erheblicher Phosphorgehalt wahrscheinlich gemacht ist. Dem Nukleoproteid wären also gegenüber den Jodstoffen der Schilddrüse hemmende Eigenschaften zuzuschreiben.

Edmunds (39) gibt Ergänzungen zu seinen früheren Publikationen über die Anwendung von Ziegenmilch gegen die Basedowkrankheit. Er hat in 19 weiteren Fällen eine günstige Beeinflussung des Zustandes beobachtet.

Dayton (35) hat Versuche mit Thyreoidektin an Basedowkranken angestellt. Das Mittel wird aus dem Blut thyroidektomisierter Tiere dargestellt. Dayton fand, daß Threoidektin weniger wirksam ist, als Ruhebehandlung, symptomatische Medikation und partielle Thyroidektomie. (*Bendix.*)

Laser (84) teilt seine günstigen Erfolge mit, die er mit Antithyreoidin bei thyreotoxischen Erscheinungen erzielte. Nach Anwendung des Mittels sank die Pulszahl anhaltend, der Spitzenstoß wurde weniger verbreitert, der Halsumfang nahm ab und das subjektive Befinden besserte sich. (*Bendix.*)

Firth (44) hat in 60 % seiner Fälle, in denen er Thyreoidextrakt bei Bettnässen anwandte, günstige Erfolge erzielt.

Cruchet und **Carles** (33) haben in einer Reihe von Fällen epidurale Injektionen von Hayemserum gegen Bettnässen angewandt. In 3 Fällen nächtlichen Einnässens dauerte die Heilung 4—5 Monate später noch an. 1—2 Einspritzungen genügten, um sie herbeizuführen. In den Beobachtungen, bei denen Tag und Nacht Inkontinenz bestand, waren die Resultate weniger günstig. In 2 Fällen sind schon nach kurzer Zeit Rückfälle eingetreten. Verf. haben in den einzelnen Injektionen 5—10—15 ccm verabfolgt.

Pariser (111) hat die konstitutionelle Fettsucht behandelt. Er verwendet Tabletten à 0,1 g der Schilddrüsensubstanz. Er beginnt mit 1—2 Tabletten pro Tag und steigt dann in weiteren 8—10 Tagen auf 3 Tabletten, um dann wieder auf 1 Tablette herunterzugehen, und endlich



8 Tage auszusetzen. Dann beginnt er den Turnus von neuem. Bei Vermeidung exzessiver Dosen will er auf diesem Wege ohne Gefahren gute Erfolge gehabt haben.

Remertz (122) hat seine Beobachtungen über prophylaktische Injektionen von Tetanusantitoxin zusammengestellt und nach Gruppen geordnet. Zur ersten Gruppe rechnet er die Kranken, die innerhalb der ersten 36 Stunden nach der Infektion eine Einspritzung erhielten. Zur zweiten solche, die später eine Einspritzung bekamen. Zur dritten Gruppe rechnet er Verletzte, die innerhalb der ersten 36 Stunden eine einmalige Injektion erhielten. Zur vierten solche, die nach 36 Stunden auch nur eine einmalige Injektion erhielten. Zur fünften Gruppe gehören die Fälle, bei denen das Serum als Streupulver verwendet wurde. Ernstliche Beschwerden haben sich nach Anwendung des Serums niemals gezeigt. Verf. kommt zu dem Resultat, daß die prophylaktische Injektion von Antitoxin die Sterblichkeit des Tetanus auf die Hälfte herabgesetzt, und daß das Bestreuen der Wunde mit Antitoxin in Pulverform als nutzlos zu verwerfen ist.

Camus (21) berichtet über Beobachtungen, die experimentelle Behandlung des Tetanus betreffend. Seine Resultate weichen im wesentlichen von den schon bekannten nicht ab.

Everling (42) teilt zwei mit Antitoxin geheilte Tetanusfälle mit; der erste Fall kam am 17. Tage nach der Verletzung zur Behandlung, verschlimmerte sich anfangs noch über 9 Tage und heilte allmählich. Er bekam 1300 Antitoxineinheiten subkutan. Der andere hatte 8 Tage nach der Verletzung Trismus; am 12. Tage Serumtherapie, die den Fortschritt der Erkrankung aufhielt. (*Bendix.*)

Magula (90) hat ein Material von 33 Tetanuskranken beobachtet und neben der Serumtherapie auch Narkotika angewandt, namentlich Chloralhydrat und Heißluftbäder. Die Prognose schien um so günstiger zu sein, je länger die Latenzperiode währte. Über den Wert der Serumbehandlung läßt sich aus den mitgeteilten Fällen kein Schluß ziehen. (*Bendix.*)

Ardin-Delteil, Raynaud und **Coudray** (5) haben einen Fall von subakutem Tetanus mit Paratoxin, respektive dem Antitoxin, das aus dem Extrakt der Galle gewonnen wird, behandelt und Heilung eintreten sehen. Sie ziehen aber aus diesem guten Resultat keine Schlüsse über die Wirksamkeit des Paratoxins oder Cholesterins bei Tetanus. (*Bendix.*)

Offergeld (109) hat mit Ovarialsubstanz besonders mit Ovaraden und Trifferin bei weiblichen, konstitutionellen und Bluterkrankungen und bei Störungen des vasomotorischen Systems, namentlich in der Klimax, günstige Erfolge erzielt. (*Bendix.*)

Pick (116) hat mit Nebennierenextrakt, besonders mit der Inhalationsmethode, der Verneblung des Nebennierenextraktes mit dem Spießschen Vernebler bei Asthma bronchiale gute Erfolge erzielt. (*Bendix.*)

Engelmann (41) macht eine zweite Mitteilung über die Wirksamkeit von intravenösen Hirudininjektionen bei Eklampsie; unter 14 Fällen ließen nur bei zweien die Krämpfe nicht nach, 7 mal hörten die Krämpfe auf unter Besserung des Allgemeinbefindens. Er schlägt vor, mit Hirudinin zunächst nur post-partum Eklampsien zu behandeln; eventuell vorher die Stroganoffsche Methode zu versuchen. (*Bendix.*)

Frugoni und **Gargiano** (51) beschreiben eine eigentümliche Hautkomplikation, die sie bei der Pasteurschen Schutzimpfung gegen Lyssa nach dem 12. Behandlungstage auftreten sahen. Ohne Fieber und Frost entsteht eine Schwellung der Haut von gleichmäßig roter, mehr weniger lebhafter Farbe mit verwaschenen Grenzen, die nach 24 Stunden lebhaft schmerzt



und intensiv rot ist. Diese Schwellung, aber ohne Abszeßbildung, tritt nach jeder weiteren Injektion wieder auf. (*Bendix.*)

Riesel (124) gibt eine zusammenfassende Übersicht über den therapeutischen Wert der Heilsera, die nichts Neues enthält!

Markeloff (92) bringt eine gedrängte literarische Übersicht über die Beziehungen, die bei Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion zwischen ihnen und folgenden Erkrankungen bestehen: M. Basedowii, Myxödem, Akromegalie, Tetanie, Eklampsie, Paralysis agitans, Myasthenie, Asthma bronchiale, Migräne, Sklerodermie, Wirbelsteifigkeit und die Neurosen. (*Kron.*)

Chirurgische Behandlung der Nervenkrankheiten.

Ref.: Dr. Ludwig Borchardt-Berlin.

1. Abbe, Robert, Resection of the Posterior Roots of Spinal Nerves to Relieve Pain, Pain Reflex, Athetosis, and Spastic Paralysis—Danas Operation. Medical Record. Vol. 79. No. 9. p. 377.
2. Aboulker, Henri, Lavage de la cavité arachnoïdienne et drainage lombaire dans la méningite aiguë d'origine otique. Revue hebd. de Laryngol. No. 14. p. 369.
3. Adenot, Deux cas de névralgie essentielle du trijumeau traités par les injections neurolytiques. Lyon médical. T. CXVII. p. 1362. (Sitzungsbericht.)
4. Alamartine, H., Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Gaz. des hôpitaux. No. 148. p. 2117.
5. Derselbe et Perrin, E., Les résultats éloignés des interventions thyroidiennes dans la maladie de Basedow. Lyon chirurgical. July.
6. Albau, Köhler, Das Röntgenverfahren in der Chirurgie. Berlin. Hermann Meusser.
7. Albee, Fred. H., Transplantation of a Portion of the Tibia into the Spine for Potts Disease. A Preliminary Report. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 11. p. 885.
8. Albrecht, Th., Zur operativen Heufieberbehandlung durch doppelseitige Resektion des N. ethmoidalis anterior. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1395.
9. Alexander, W., Operierter Basedow mit Myxödem und Tetanie. Berliner klin. Wochenschr. p. 495. (Sitzungsbericht.)
10. Alexander, William, The Surgical Treatment of Some Forms of Epilepsy. The Lancet. II. p. 932.
11. Allen, Alfred Reginald, Surgery of Experimental Lesion of Spinal Cord Equivalent to Crush Injury of Fracture Dislocation of Spinal Column. A Preliminary Report. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 11. p. 878.
12. Allen, E. S., Indications and Technic of Cerebral Decompression. Kentucky Med. Journal. Jan. 1.
13. Allen, L., Local, Spinal and General Anesthesia. Boston Med. and Surg. Journ. Oct.
14. Allison, Nathaniel, Artificial Tendons and Ligaments of Silk in the Surgical Treatment of the Paralyses. Medical Record. 1912. p. 247. (Sitzungsbericht.)
15. Derselbe and Schwab, S. J., Results of Muscle Group Isolation in Treatment of Paralyses of the Extremities. Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. Nov.
16. Andrews, E. W., Improved Technic in Brain Surgery. Surgery, Gynecol. and Obstetrics. Aug.
17. Derselbe, Operative Treatment of Internal Hydrocephalus. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. p. 415. (Sitzungsbericht.)
18. Angerer, v., Die operative Behandlung gastrischer Krisen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1748. (Sitzungsbericht.)
19. Anton und Bramann, v., Weitere Mitteilungen über Gehirndruckentlastung mittelst Balkenstich. (Allgemeiner Bericht über 50 Erkrankungsfälle.) Münch. Mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2369.
20. Derselbe und Payr, Indikationen und Erfolge der operativen Behandlung des Gehirndrucks. Berl. klin. Wochenschr. p. 2272. (Sitzungsbericht.)
21. Archangelskaja, E., Osteoplastische Kraniektomie in zwei Fällen partieller Epilepsie. Neurol. Bote (russ.). 18. 647.
22. Ashley, Dextor D., Surgical Treatment of Anterior Poliomyelitis. The Amer. Journ. of Obstetrics. April. p. 757.



23. Auerbach, Siegmund, Über die heutigen Leistungen und die nächsten Aufgaben der operativen Neurologie. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 74. p. 82.
24. Derselbe, Fälle aus der operativen Neurologie. Neurol. Centralbl. p. 1210. **(Sitzungsbericht.)**
25. Aussilloux, Quelques considérations sur l'anesthésie lombaire. Thèse de Paris.
26. Auvray, A propos de la trépanation décompressive dans le traitement des tumeurs inopérables de l'encéphale. Résumé de la discussion. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 37. No. 13. p. 502.
27. Axhausen, Die chirurgische Therapie der Rückenmarkserkrankungen. Fortschritte der Medizin. No. 11. p. 241.
28. Babcock, W. W., Spina Bifida and its Surgical Treatment with Description of an Efficient Osteoplastic Operation. Pennsylvania Med. Journ. July.
29. Babler, E. A., Six Hundred Cases of Fracture of the Skull. Journ. of the Missouri State Med. Assoc. May.
30. Bach, De la ponction du cerveau. La Clinique. 1910. V. No. 46. p. 729.
31. Bade, Peter, Stand und Aussichten der Nervenplastik. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. IV. H. 2—3. p. 155.
32. Derselbe, Apparate für langdauernde spondylitische Lähmungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 910.
33. Bähr, Ferdinand, Lösung der oberen Humerusepiphyse, der cavitas glenoidalis scapulae. Fraktur des Schulterblattes (Geburtslähmung). Archiv f. Orthopädie. Bd. X. p. 140.
34. Bakes, Beiträge zur Rückenmarkschirurgie. Wiener klin. Wochenschr. p. 476. **(Sitzungsbericht.)**
35. Bárány, Labyrinthfistelbildung wegen akuter Mastoiditis mit vertikalem Nystagmus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2. p. 225. **(Sitzungsbericht.)**
36. Derselbe, Läsion der linken Kleinhirnhemisphäre durch ein Schädeltrauma. ibidem. No. 2. p. 227. **(Sitzungsbericht.)**
37. Derselbe, Operation eines Kleinhirnabszesses. Wiener klin. Wochenschr. p. 223. **(Sitzungsbericht.)**
38. Barjhoux, Des interventions sur le grand sympathique cervical pour goitre exophtalmique. Thèse de Lyon.
39. Barkley, A. H., Surgery of Musculospiral Paralysis. Kentucky Med. Journ. March. 1.
40. Barrow, B., and Plummer, W. W., Use of Intra-Articular Silk Ligaments for Fixation of Loose Joints in Residual Paralysis of Anterior Poliomyelitis. Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. Aug.
41. Bartlett, W., Surgical Treatment of Exophthalmic Goiter. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Sept.
42. Baruch, Max, Über die Dauerresultate operativer und konservativer Therapie bei der Basedowschen Krankheit. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 75. H. 1—2. p. 368.
43. Basedowsche Krankheit. Umfrage über die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Medizin. Klinik. No. 39—41. p. 1499. 1547. 1588.
44. Baum, Kavernöses Angiom des Gehirns; mit Erfolg operiert. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 8. p. 411.
45. Baumm, P., Die Indikation der Nierendekapsulation bei Eklampsie. Der Frauenarzt. No. 4. p. 146.
46. Bazzocchi, G. La rachistovainizzazione combinata con „sonno incerto". Riforma Medica. No. 14.
47. Beaujard, E., et Lhermitte, J., La radiothérapie dans les diverses formes de la maladie de Basedow; formes pures, formes frustes, goitres basedowifiés. Revue neurol. 2. S. p. 136. **(Sitzungsbericht.)**
48. Becker, Johannes, Förstersche Operation bei tabischen gastrischen Krisen. Medizin. Klinik. No. 20. p. 775.
48a. Benigni, C. F., Sulle alterazioni anatomiche indotte dall'intossicazione cronica sperimentale da tabacco. Rivista di patologia nervosa e mentale. Bd. XVI. Heft 2.
49. Bérard, Léon, Grand traumatisme du bras par écrasement; conservation, paralysie du radial et du médian, large résection humérale secondaire, guérison. Lyon médical. T. CXVI. p. 847. **(Sitzungsbericht.)**
50. Derselbe, Sympathectomie pour épilepsie, guérison datant de 2 ans, sans retour des crises. ibidem. T. CXVII. No. 36. p. 491. **(Sitzungsbericht.)**
51. Derselbe, A propos des opérations conservatrices dans les tumeurs isolées et primitives des gros troncs nerveux. Revue de Médecine. No. 10. p. 65.
52. Berdjajew, A., Ueber wiederholte Nervennaht. Wojenno medizinski Shurnal. Sept. 1910.
53. Beresnegowsky, N., Über Myelocelen. Weljaminows chir. Archiv. (russ.) 27. 75.
54. Beresowski, S., Suchoff, A., u. Tarassewitsch, J., Zur Frage der operativen Behandlung der Epilepsia Koschewnikowii. Obosr. Psych.

55. Berger, Die Chirurgie der peripherischen Nerven. Spezieller Teil. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 52. p. 2416.
56. Derselbe, Die Chirurgie der peripheren Nerven. **Sammelreferat.** ibidem. No. 49. p. 2292.
57. Bertolotti, M., La diagnosi radiologica delle alterazioni dell' ipofisi. Riv. crit. di clin. med. XII. 321—331.
57a. Bianchini, L., L'influenza dell' alcool sui movimenti del cervello. Annali di neurologia. Jahrgang XXIX. Heft III.
58. Binet, A., Résection de deux os de l'avant-bras dans un cas de rétraction ischémique (paralysie ischémique de Volkmann). Revue méd. de l'Est. p. 691—694.
59. Bircher, Eugen, Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der Trigeminusneuralgie nach Krause. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 109. H. 1—2. p. 74.
60. Derselbe, Krönleinsche Operation bei Retrobulbärtumor. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 95. H. 1. p. 1.
61. Derselbe, Sur le traitement opératoire de la névralgie du trijumeau avec exstirpation du ganglion de Gasser d'après Krause. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 378. **(Sitzungsbericht.)**
62. Derselbe, Sur le traitement opératoire de l'épilepsie. ibidem. p. 379. **(Sitzungsbericht.)**
63. Derselbe, Sur le traitement opératoire des lésions traumatiques de la moelle. ibidem. p. 379. **(Sitzungsbericht.)**
64. Blanc-Perducet, Tumeur du cervelet, opération en deux temps, enucléation, mort par accidents bulbaires. Lyon médical. T. CXVI. p. 841. **(Sitzungsbericht.)**
65. Blauel, Demonstrationen aus dem Gebiete der Hirnchirurgie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 930. **(Sitzungsbericht.)**
66. Blum, Theodore, Causes and Surgical Treatment of Trifacial Neuralgia. The Therap. Gazette. July. p. 470.
67. Boari, A., Un caso di resezione del ganglio di Gasser. Gazz. med. d. Marche. XIX. 1. No. 5.
68. Böcker, W., Die Erfolge der Sehnenentspannung bei Lähmungsdeformitäten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1348.
69. Bode, Ernst, Zur Frage der Operabilität der Hypophysentumoren. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 109. H. 5—6. p. 480.
70. Borchardt, M., Zur Technik der Hirnpunktion. Berliner klin. Wochenschr. No. 13. p. 570.
71. Derselbe, Diagnostik und Therapie der Geschwulstbildungen in der hinteren Schädelgrube. Ergebn. d. Chirurgie und Orthopaedie. Bd. II.
72. Bordier, Recherches expérimentales sur la radiothérapie médullaire. Lyon médical. T. CXVII. p. 955. **(Sitzungsbericht.)**
73. Bornhaupt, Leo, Komplizierte Schädelverletzung. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 271. **(Sitzungsbericht.)**
74. Bornhaupt, Leo, Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln bei spastischen Lähmungen (Förstersche Operation). St. Petersburger Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 25.
75. Derselbe, Zur operativen Behandlung der Brückenwinkeltumoren. ibidem. No. 1. p. 5.
76. Derselbe, Zur chirurgischen Behandlung der traumatischen Epilepsie. ibidem. No. 48. p. 553.
77. Bouché, G., Contribution expérimentale a l'étude de la valeur curative de la sympathicotomie et de la sympathicectomie dans l'épilepsie. Ann. Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles. 1910. XIX. fasc. 1.
78. Bouchon, J., Région rolandique. Arch. de Doyen. I. 53—56.
79. Bourguet, Eröffnung des Sinus cavernosus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. p. 849. **(Sitzungsbericht.)**
80. Bousquet, H., Spina bifida de la région cervicale. Opération. Guérison. Mort deux mois après. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 25. p. 883.
81. Bramann, v., Ueber die Resultate der Fersterschen Operation. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 111. **(Sitzungsbericht.)**
82. Derselbe, Weitere Erfahrungen über den Balkenstich bei Hirnerkrankungen. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 96. H. 1. p. 195.
83. Briau, Hémiplégie complète flasque du côté gauche à la suite d'un coup de barre de fer sur le coté droit du crane, n'ayant occasionné ni enfoncement, ni fracture; trépanation; ablation de caillots intra-arachnoïdiens; rémission instantanée d'une partie des symptômes, amélioration progressive des autres, presque complètement disparus au bout de cinq mois. Lyon. médical. T. CXV. p. 1025. **(Sitzungsbericht.)**
84. Brissaud, E., Pinard, A., et Reclus, P., Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée. Paris. Masson.
85. Brisset, L., Anesthésie rachidienne à la novocaïne et injections intraveineuses massives de sérum dans les amputations après traumatismes atteignant les membres inférieurs et dans les amputations de nécessité avec état général grave, six observations personnelles. La Province médicale. No. 48. p. 480.




86. Bristow, A. T., Surgery of Peripheral Nerves. Long Island Med. Journal. May.
87. Broca, A., Decompressive Trephining for Children. Bull. de la Soc. de Pédiatrie. Nov.
88. Derselbe, Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. III. p. 50. (Sitzungsbericht.)
89. Brodmann, Willi, Ein Beitrag zur Behandlung der Spina bifida. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 76. H. 2. p. 297.
90. Broeckaert, Jules, A propos du traitement chirurgical du goitre exophtalmique. La Presse oto-laryngol. No. 1. p. 12.
91. Brown, W. H., Parathyroid Implantation in the Treatment of Tetania Parathyreopriva. Annals of Surgery. March. p. 305.
92. Brownlee, Alex, General and Spinal Anaesthesia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 2. p. 214.
93. Brun, Hans, Über einen zweiten Fall von operativer Entfernung eines subpial gelegenen Rückenmarkstumors. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 110. H. 4—6. p. 487.
94. Budde, Über Tropakokain und Suprarenin zur Rückenmarksbetäubung. Deutsche Militärärztl. Zeitschr. H. 4. p. 168—171.
95. Burlakow, M. G., Ueber die Behandlung der Spina bifida. (Ein Fall von Meningocele sacro-lumbalis.) Russ. mediz. Rundschau. H. 5. p. 153.
96. Butzengeiger, O., Zur Chirurgie des Stirnhirnabszesses. Ein Fall von geheiltem Stirnhirnabszess. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 46. p. 2449.
97. Cade, A., Crises gastriques rebelles au cours d'un tabes. Opération de Franke. Lyon médical. T. CXVII. p. 1515. (Sitzungsbericht.)
98. Canestrini, S., und Saar, G. Frh. von, Zur Frage der sellaren Palliativ-Trepanation. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 76. H. 1. p. 217.
99. Capelle, W., und Bayer, R., Thymektomie bei Morbus Basedowii. Ein Beitrag für die Beziehungen der Thymus zur Basedowschen Krankheit. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 72. H. 1. p. 214.
100. Carrieu, De la valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans l'urémie nerveuse. Revue de Médecine. No. 10. p. 138.
101. Carrieu, Du traitement du tabes par la rachicentèse et les injections sous-arachnoïdiennes d'électro-mercurol. 1910. Montpellier médical. 21. août.
102. Cassirer, Richard, und Mühsam, Richard, Über die Exstirpation eines grossen Angioms des Gehirns. Berliner klin. Wochenschr. No. 17. p. 755.
103. Cattle, C. H., Lumbar Puncture. Brit. Med. Journ. I. p. 201. (Sitzungsbericht.)
104. Cauchoix, Albert, Maladie de Recklinghausen. Névro-fibrome volumineux de l'origine du nerf cubital. Résection du nerf. Guérison sans troubles fonctionnels. Bull. Soc. anatom. de Paris. 6. S. T. XIII. No. 9. p. 675.
105. Cerneyzi, A., Sur le traitement chirurgicale de la névralgie faciale par la methode du Prof. Tansini. Rev. mens. de la presse méd. ital. 1910. II. 85—93.
106. Chalier, André, Le traitement de la maladie de Basedow par les opérations dirigées sur le sympathique cervical. Lyon Chirurgical. Sept. Nov.
107. Derselbe, Résultat éloigné (après 14 ans) de la sympathicectomie cervicale bilatérale chez une basedowienne. Lyon médical. T. CXVI. p. 1006. (Sitzungsbericht.)
108. Chambard, L'anesthésie lombaire. Thèse de Paris.
109. Chiari, O., Extraction d'une balle du sinus sphénoidal par voie endonasale. Arch. internat. de Laryngol. Bd. XXXI. No. 2. p. 370.
110. Derselbe, Nasale Operation an der Hypophysis cerebri. Wiener klin. Wochenschr. p. 955. (Sitzungsbericht.)
111. Chiavellati, E., Operations for Spina bifida and Occipital Hydrocephalus. Gazz. degli Ospedali. LXXII. No. 77.
112. Citelli, Sur une méthode personnelle relativement simple d'hypophysectomie par les voies naturelles. Ann. des mal. de l'oreille. T. XXXVII. No. 9. p. 737.
113. Clark, L. Pierce, and Taylor, Alfred S., Analysis of the Results of Dorsal Root Section in the Treatment of the Spastic State of Cerebral Diplegia. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 477. (Sitzungsbericht.)
114. Cleveland, A. J., Operative Treatment of Tuberculous Meningitis. Med. Press and Circular. Jan. 25.
115. Coenen, H., Zur Beurteilung der Kreuzbeinbrüche. Medizin. Klinik. No. 15. p. 587.
116. Cole, H. P., Avulsion of Nerves for Neuralgia; Thiersch Method. Southern Med. Journ. Dec.
117. Colie, Edward M., Sudden Death Following Spinal Puncture for Diagnosis. Medical Record. March. p. 487.
118. Cragin, Edwin H., and Hull, Edward F., Treatment of Eclampsia Including a Comparison of the Dangers of Chloroform and Ether in This Conditions. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 1. p. 5.



119. Crile, G. W., Graves Disease. A New Principle of Operating Based on the Study of 352 Operations. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 9. p. 637.
120. Derselbe, The End Results of Operations in Graves Disease. Medical Record. Vol. 81. p. 140. **(Sitzungsbericht.)**
121. Crook, Jere L., Brain Surgery. Medical Record. 1912. Vol. 81. p. 45. **(Sitzungsbericht.)**
122. Crutcher, H., Unusual Effects from Gunshot Wounds of the Skull. American Medicine. Febr.
123. Curschmann, H., Ueber die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion. Die Therapie der Gegenwart. No. 6. Juni. p. 242.
124. Cushing, Harvey, The Control of Bleeding in Operations for Brain Tumours with the Description of Silver „Clips" for the Occlusion of Vessels Inaccessible to the Ligature. Annals of Surgery. July. p. 1.
125. Derselbe, Neuere Beobachtungen über Gehirntumoren und deren chirurgische Behandlung. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 34. p. 374.
126. Davis, G. G., Treatment of Paralytic Outward Rotation of Foot. Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. Aug.
127. Derselbe, Surgical Treatment of Poliomyelitis. Pennsylvania Med. Journ. Dec.
127a. Dawidenkow Beitrag zur Lehre von den segmentären Bauchmuskellähmungen. Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VIII. p. 20.
128. Day, E. W., Subdural Drainage in Purulent Meningitis and Brain Abscess. Reports of Two Cases with Autopsies. Annals of Otology. June.
129. Dean, L. W., Operative Procedure for Brain Abscess of Otitic Origin. Jowa Med. Journal. March.
130. Dejerine, J., Le domaine de la psychiatrie. Réponse à M. le professeur Gilbert Ballet. La Presse médicale. No. 41. p. 425.
131. Delachanal, J., Mal de Pott avec gibbosité traité par la méthode du redressement forcé. Lyon médical. T. CXVII. p. 1098. **(Sitzungsbericht.)**
132. Delbet, Pierre, La trépanation de l'épilepsie. Clinique. VI. 373.
133. Derselbe, Trépan du professeur Juvarra (de Jassy). Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. T. 37. No. 12. p. 458.
134. De Lee, Joseph B., Surgical Treatment of Eclampsia. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 1. p. 13.
135. Delore, X., et Alamartine, H., Un cas de goitre exophtalmique guéri par la ligature des quatre artères principales de la glande thyroïde. Lyon médical. T. CXVII. No. 29. p. 105.
136. Dieselben, La ligature des artères thyroïdiennes principalement dans la maladie de Basedow. Revue de Chirurgie. No. 9. p. 391.
137. Delrez, L., Un cas de contracture spasmodique des membres inférieurs; section des racines postérieures de la moelle (opération de Förster). Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège. Mai. p. 149.
138. Dembiński, Totalaufmeisselung des Mittelohrs wegen Sinusthrombose. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1411. **(Sitzungsbericht.)**
139. Derancourt, Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation. Thèse de Paris.
140. Dianoux, De la névrotomie optico-ciliaire ou isolement de l'oeil. La Clinique opht. p. 231.
141. Doerr, Carl, Die Operation von Mingazzini-Foerster in der Behandlung der Tabes. Wiener mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2881.
142. Dollinger, Julius, Die Chirurgie der Wirbelsäule. Wiener klin. Wochenschr. p. 1266. **(Sitzungsbericht.)**
143. Derselbe, Die Druckentlastung der Augenhöhle durch Entfernung der äusseren Orbitalwand bei hochgradigem Exophthalmus (Morbus Basedowii) und konsekutiver Hornhauterkrankung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 41. p. 1888.
144. Donan, D. C., Fracture of the Base of the Skull. Kentucky Med. Journ. Jan. 1.
145. Doyen, E. E., Enfoncement du frontal par l'extrémité d'un brancard; trépanation par le procédé de Doyen, guérison. Arch. de Doyen. I. 352.
146. Derselbe, Technique générale de la craniectomie. ibidem. 1910. I. 12—23.
147. Derselbe, Epilepsie jacksonienne; crâniectomie en deux séances. ibidem. 1910. I. 26.
148. Dreyfus, G. L., und Gans, A., Zur Frage der Hirnpunktion. Neurolog. Centralbl. p. 886. **(Sitzungsbericht.)**
149. Ducrotoy, Contribution à l'étude des hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés causés par le forceps. Thèse de Paris.
150. Ducuing, J., et Rigaud, Section du nerf médian au poignet chez un enfant de dix ans. Troubles moteurs et sensitifs atypiques. Suture immédiate et récupération de l'intégrité fonctionnelle en trois mois. Bull. Soc. anatomique de Paris. 6. S. T. XIII. No. 10. p. 721.



151. Durante, P., Nuovo processo operativo per la ipofisiectomia. Ann. del r. Ist. di clin. chir. di Roma. 1910. III. p. V—VIII.
152. Duroux, Technique des greffes nerveuses. Lyon médical. T. CXVII. No. 42. p. 760.
153. Derselbe, Greffes et anastomoses nerveuses. ibidem. T. CXVII. No. 40. p. 665.
154. Derselbe, Greffes et anastomoses nerveuses expérimentales. La Province médicale. No. 40. p. 399.
155. Duval, Pierre, Sur le traitement chirurgical du scapulum alatum. Revue neurologique. II. S. p. 701. (Sitzungsbericht.)
156. Earl, R., Technic of Brain Surgery. St. Paul Med. Journal. Nov.
157. Eckhardt, 3 Fälle von Ohroperationen nach Schädelverletzungen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1376. (Sitzungsbericht.)
158. Eiselsberg, v., Fall von Hypophysisoperation. Wiener klin. Wochenschr. p. 995. (Sitzungsbericht.)
159. Elliot, J. M. S., Simple Trephining for Glaucoma. Brit. Med. Journal. I. p. 1466. (Sitzungsbericht.)
160. Elmer, W. G., Operation for Progressive Spinal Deformities in the New York Medical Journal for May 27. New York Med. Journal. July 22.
161. Elsberg, Charles A., Osteoarthritis of Spine, Laminectomy: Complete Relief. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 288. (Sitzungsbericht.)
162. Derselbe, Spina bifida occulta, with Trophic Disturbances, Followed by Fibro-lipoma of Cauda equina: Operation. Recovery. ibidem. p. 289.
163. Derselbe, Some Observations upon a Series of Twenty-Eight Operations for Spinal Disease. ibidem. p. 694. (Sitzungsbericht.)
164. Derselbe, Osteoplastic Craniotomy. Ann. of Surg. LIII. 852.
165. Derselbe and Beer, Edwin, The Operability of Intramedullary Tumors of the Spinal Cord. A Report of two Operations, with Remarks upon the Extrusion of Intraspinal Tumors. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLII. No. 5. p. 636.
166. Enderlen, Osteoplastische Trepanation eines extra-duralen Haematoms. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 658. (Sitzungsbericht.)
167. Eve, D. jr., Injuries of the Head. South Practit. XXXIII. 295—302.
168. Exner, Alfred, Ein neues Operationsverfahren bei tabischen Crises gastriques. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 111. H. 4—6. p. 576.
169. Derselbe, Förstersche Operation bei Littlescher Krankheit. Wiener klin. Wochenschr. p. 1615. (Sitzungsbericht.)
170. Farrell, Benjamin P., Arthrodesis in Infantile Paralysis. Medical Record. Vol. 80. p. 607. (Sitzungsbericht.)
171. Fassett, F. J., Surgical Treatment of Infantile Paralysis. Northwest Medicine. June.
172. Feiss, H. O., Experimental Work on Fusion of Nerves and its Practical Bearing on Infantile Paralysis. Boston Med. and Surg. Journ. May 11.
173. Ferry, Maurice, L'opération de Foerster. Résection des racines rachidiennes postérieures. La Clinique. No. 5. p. 65.
174. Filipello, G. B., Presentazione d'un caso di resezione del ganglio di Gasser. Gior. d. r. Accad. di med. di Torino. 1910. 4. s. XVI. 376—379.
175. Finzi, G., La craniectomia esplorativa nelle localizzazioni patologiche della zona rolandica. Boll. delle cliniche. No. 6. p. 241.
176. Fisher, L'anesthésie rachidienne. Thèse de Paris.
177. Flatau, E., Über die Mingazzani-Foerstersche Operation bei einem Tabiker mit Exitus letalis. Neurol.-psych. Sektion d. Warschauer mediz. Ges. 21. I.
178. Fly, A. W., Present Status of Surgery of the Brain and Spinal Cord. Virginia Med. Semi-Monthly. Aug. 11.
179. Foerster, O., Die operative Behandlung gastrischer Krisen durch Resektion hinterer Dorsalwurzeln. Die Therapie der Gegenwart. No. 8. p. 337.
180. Derselbe, Ueber die operative Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. ibidem. No. 1. p. 13.
181. Derselbe, Die Behandlung spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. Ergebnisse der Chirurgie. Bd. II. p. 174.
182. Derselbe, Resection of the Posterior Nerve Roots of Spinal Cord. The Lancet. II. p. 76.
183. Derselbe, Resection of the Posterior Spinal Nerve-roots in the Treatment of Gastric Crises and Spastic Paralysis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 9. Surgical Section. p. 226.
184. Derselbe, Drei Fälle von operierten gastrischen Krisen. Berl. klin. Wochenschr. p. 1156. (Sitzungsbericht.)
185. Forbes, A. M., Surgical Treatment of Anterior Poliomyelitis. Canadian Med. Assoc. Journ. Nov. 1.
186. Ford, W. E., Surgery of Neurasthenics. New York State Journ. of Medicine. March.



187. Forgue, E., et Riche, V., Contribution à l'étude de la rachinovocaïnisation lombaire. Bull. de l'Acad. de Médecine. 3. S. T. LXVI. No. 27. p. 31.
188. Fowler, Russell S., Principles Underlying the Surgery of the Spinal Cord and Nerve Roots. Indications for Operative Interference in Injuries of the Spinal Cord. Surgery of the Spinal Nerve Roots. Medical Record. Vol. 79. No. 12. p. 523.
189. Fox, C. D., The Surgical Treatment of Tic Douloureux; with Special Reference to the Method Depending upon Injection of Alcohol into the Main Branches of the Trigeminal Nerve. Hahnemanns Month. XLVI. 423—433.
190. Franchini, A., Tre craniectomie per frattura complicata della volta cranica. Gazz. degli ospedali. Sept. 24.
191. Francisco, Giacomo de, Contributo sull' intervento chirurgico nel cefalocele e nella spina bifida. Il Morgagni. Parte I. (Archivio.) No. 7. p. 241.
192. Frangenheim, Förstersche Operation. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1421.
193. Frazier, Charles H., Cerebral Decompression. Univ. of Pennsylvania Med. Bull. Vol. 23. Febr. No. 12. p. 637.
194. Derselbe, Certain Phases of the Surgery of the Spinal Cord and Spinal Paths. Medical Record. Vol. 80. p. 1103. **(Sitzungsbericht.)**
195. Frécus, Traitement des traumatismes fermés du crâne. Bull. Soc. de méd. mil. franç. V. 205—213.
196. Friedemann, M., Ein Fall von erfolgloser Nierenentkapselung bei puerperaler Eklampsie. Zeitschr. f. gynaekol. Urologie. Bd. 2. H. 5. p. 285.
197. Friedrich, Traumatische Epilepsie durch Exzision des Rindenzentrums geheilt. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2249. **(Sitzungsbericht.)**
198. Frühwald, Richard, Erfahrungen mit der Extraduralanästhesie in der venerologischen Praxis. Monatshefte f. prakt. Dermatol. Bd. 53. H. 8. p. 421.
199. Gallemaerts, E., Corps étranger du cerveau (crayon d'ardoise) ayant pénétré à travers la voute orbitaire. La Presse oto-laryngol. No. 12. p. 529.
200. Garlick, Joseph Bennett, Surgical Sequels of Acute Anterior Poliomyelitis. Albany Med. Annals. Vol. XXXII. No. 6. p. 326.
201. Gastinel, P., et Meaux Saint-Marc, P., De l'effet curateur immédiat de la rachicentèse dans un cas de coma par insolation. Gaz. des hopitaux. No. 104. p. 1507.
202. Gauvain, H. J., The Mechanical Treatment of Spinal Caries. The Lancet. I. p. 568.
203. Gaza, v., Trepanation bei Hirnkontusionen und Hirnabszess. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2529. **(Sitzungsberichte.)**
204. Gehuchten, A. van, La radicotomie postérieure dans les affections nerveuses spasmodiques (modification de l'opération de Foerster). Le Névraxe. T. XI. No. 2—3. p. 245.
205. Geist, Emil S., Potts Paraplegia of One Years Standing; Laminectomy; Almost Complete Recovery. Medical Record. Vol. 80. p. 507. **(Sitzungsbericht.)**
206. Geschke, Bruno, Über Schussverletzungen der Arteria meningea media. Inaug.-Dissert. Berlin.
207. Giertsen, P. E., Et tilfaelde av nervesutur. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. August. No. 8. p. 887.
208. Girard, Intervention chirurgicale et méningites cérébrales aiguës. Arch. de Neurol. 9. S. T. I. p. 377. **(Sitzungsbericht.)**
209. Goldenberg, Fortschritte auf dem Gebiete der chirurgischen Behandlung spastischer Lähmungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1008.
210. Goris, Granulome étendu de la dure-mère; résection cranienne étendue. Journ. de chir. et ann. Soc. belge de chir. XI. 12—13.
211. Gray, H. Tyrrell, Indications for the Employment of Spinal Anaesthesia in Abdominal Surgery. Brit. Med. Journal. II. p. 497. **(Sitzungsbericht.)**
212. Derselbe, Spinal Anesthesia in Children. Medical Record. Vol. 80. p. 499. **(Sitzungsbericht.)**
213. Groves, Ernest W. Hey, On the Division of the Posterior Spinal Nerve Roots: (I.) for Pain; (II.) for Visceral Crises; (III.) for Spasm. The Lancet. II. p. 79.
214. Guillaume-Louis, P., Encéphalocèle occipitale traité par l'exstirpation; examen histologique de la pièce. Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. T. 37. No. 12. p. 420.
215. Guleke, Erfahrungen mit der Foersterschen Operation bei gastrischen Krisen. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 95. H. 3. p. 495.
216. Günther, Curt, Die chirurgische Behandlung tabischer Gelenke. Inaug.-Dissert. Berlin.
217. Guttmann, Arthur, Die Gehirnpunktion. **Sammelreferat.** Internat. Centralbl. f. Ohrenheilk. Bd. IX. H. 3. p. 93.
218. Haecker, Technik des Balkenstiches (v. Bramann) bei Hydrozephalus congenitus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2092. **(Sitzungsbericht.)**
219. Haike, Operation wegen Labyrintheiterung. Berl. klin. Wochenschr. 1912. p. 38. **(Sitzungsbericht.)**



220. Halphen, E., Les fractures du labyrinthe. Le Progrès médical. No. 7. p. 85.
221. Hanassiewicz, O., Schädelbruch bei einem 23 jährigen Soldaten. Pester mediz.-chir. Presse. p. 257. (Sitzungsbericht.)
222. Hannes, Schädelimpression der Neugeborenen. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2438.
223. Harmsen, Eine Schädelverletzung. Medizin. Klinik. No. 38. p. 1460.
224. Harnett, W. L., An Unusual Case of Bullet Wound of the Skull. The Lancet. I. p. 934.
225. Hartmann, Karl, Fraktur des kindlichen Schädels bei spontaner Geburt. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLI. H. 1. p. 21.
226. Hauch, E., Cas d'enfoncement du crâne reduit par le tirefond chez un nouveau-né. Obstétrique. IV. No. 6.
227. Hauser, Heinrich, Erfahrungen mit Novokain in der Lumbalanästhesie. Inaug.-Dissert. Marburg.
228. Haynes, J. S., Traumatic Meningocele. Ann. of Surgery. LIII. 268—274.
229. Heile, Über die Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln nach Förster bei Littlescher Erkrankung und Tabes. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1530. (Sitzungsbericht.)
230. Heinlein, Die Nervendehnung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2309. (Sitzungsbericht.)
231. Helbing, C., Die Orthopädie und Nervenkrankheiten. Fortschritte d. Deutschen Klinik. Bd. II. p. 591.
232. Hendon, G. A., Cerebral Decompression. Kentucky Med. Journal. July 1.
233. Herrenschneider, Die Heilung der Eklampsie durch die Entfernung der Brüste. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 18. p. 673.
234. Hey, Groves, Ernest W., On the Division of the Posterior Spinal Nerve-Roots: (I) for Pain, (II) for Visceral Crises, III. for Spasm. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 9. Surgical Section. p. 199. (cf. No. 213.)
235. Heymann, Erfolgreiche Wietingsche Operation bei einer angiospastischen Gangrän der Hand. Berliner klin. Wochenschr. p. 641. (Sitzungsbericht.)
236. Hibbs, Russell A., Operation for Progressive Spinal Deformities. Medical Record. Vol. 81. p. 147. (Sitzungsbericht.)
237. Hildebrand, Otto, Beiträge zur Nervenchirurgie. Berl. klin. Wochenschr. p. 1153. (Sitzungsbericht.)
238. Derselbe, Beitrag zur Rückenmarkschirurgie. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 94. H. 2. p. 203.
239. Hill and Wescott, C. D., Operated Case of Hypophyseal Cyst with Froehlichs Syndrome. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 748. (Sitzungsbericht.)
240. Hippel, E. v., Weitere Gesichtspunkte zur Frage der Palliativtrepanation bei Stauungspapille. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Jan. p. 83.
241. Derselbe, Meine bisherigen Erfahrungen über die Palliativtrepanation bei Papillitis. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juli. p. 47.
242. Hirsch, Oskar, Über endonasale Operationsmethoden bei Hypophysis-Tumoren mit Bericht über 12 operierte Fälle. Berl. klin. Wochenschr. No. 43. p. 1933.
243. Derselbe, Drei operierte Fälle von Hypophysistumoren. Wiener klin. Wochenschr. p. 109. (Sitzungsbericht.)
244. Derselbe, Zwei weitere Fälle von Hypophysentumoren mit endonasaler Operation. ibidem. p. 1579. (Sitzungsbericht.)
245. Hirschel, Georg, Die Anästhesierung des Plexus brachialis bei Operationen an der oberen Extremität. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1555.
246. Hobeck, Otto, Wo und wie sollen wir die Schädelschüsse im Felde operieren? St. Petersb. mediz. Wochenschr. No. 44. p. 469.
247. Hoffmann, Arthur, Meine Behandlung der Schädelimpression des Neugeborenen. Medizin. Klinik. No. 46. p. 1772.
248. Hoguet, J. P., The Nerve Supply of the Anterior Abdominal Wall and its Surgical Importance. Annals of Surgery. August. p. 153.
249. Hohmeier, Zur chirurgischen Behandlung der Raynaudschen Krankheit. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 226. (Sitzungsbericht.)
250. Hollenbach, Friedrich, Über den Balkenstich. Inaug.-Dissert. Leipzig.
251. Howell, C. M. Hinds, Gastric Crisis in Tabes. Division of Posterior Roots. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 8. Neurological Section. p. 48.
252. Iljin, F., Dekapsulation der Nieren bei Eklampsie. Journ. akuscherstwa i shenskich bolesnej. 1910.
253. Ipsen, Schwere Schädelverletzung an einer Wasserleiche. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2208.
254. Iselin, Hans, Zur operativen Behandlung des Hirnschlages. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 18. p. 834.



255. Israel, W., Amputation bei tabischer Arthropathie des Fusses. Berl. klin. Wochenschr. 1912. p. 34. (Sitzungsbericht.)
256. Jaboulay, Extraction d'une balle logée dans la cavité cranienne. Lyon médical. T. CXVII. p. 111. (Sitzungsbericht.)
257. Derselbe, Chien ayant subi la résection des nerfs sciatiques. ibidem. T. CXVII. p. 1202. (Sitzungsbericht.)
258. Derselbe, Craniectomie latérale, détachement accidentel de la plaque osseuse pendant l'opération, et réparation de ses connexions périostiques. Réapplication et reprise. ibidem. 1912 T. CXVIII. p. 180. (Sitzungsbericht.)
259. Derselbe, Extraction d'une balle logée dans le cerveau. Aphasie, Hémiplégie droite et lésions de la substance corticale. ibidem. p. 181. (Sitzungsbericht.)
260. Derselbe et Challier, A., Les résultats éloignés des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow (d'après 34 observations personnelles). ibidem. T. CXVII. p. 501. (Sitzungsbericht.)
261. Jacques, P., et Coulet, Oto-méningite purulente aiguë opérée et guérie. Rev. méd. de l'est. XLIII. 129—132.
262. James, A. H., Extensive Fracture of Skull. Brit. Med. Journal. I. p. 687. (Sitzungsbericht.)
263. Jaugeas, F., Il trattamento radioterapico dei tumori dell' ipofisi. Riv. crit. di clin. med. XII. 257—262.
263a. Jonasz, Anton, Stichverletzung des Rückenmarks. Wiener Mediz. Wochenschr. p. 1801.
264. Jones, Robert, An Address on Certain-Operative Procedures in the Paralysis of Children, with Special Reference to Poliomyelitis. Brit. Med. Journal. II. p. 1520.
265. Jones, William A., Resection of the Posterior Roots of the Spinal Cord with the Report of One Case and Citation of Other Cases as a Basis of an Inquiry Into the Course of the Sensory Pathway. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 15. p. 1175.
266. Jonnesco, Thomas, Die allgemeine Rachianästhesie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 9. p. 393.
267. Kato, K., Zur Exstirpation maligner Geschwülste des Rückenmarks. Inaug.-Dissert. Göttingen.
268. Kaufmann, Eugen, Totalexstirpation wegen hysterischer Metrorrhagien. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1844. (Sitzungsbericht.)
269. Kausch, W., Die Resektion der Lendenwirbelkörper. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 106. p. 346.
270. Derselbe, Beidseitige Resektion oder einseitige Resektion des Kropfes? Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 93. H. 4.
271. Keates, T. H., Uncommon Fracture of Skull. Indian Med. Gazette. Dec.
272. Kiliani, Otto G. T., An Operation for Paralytic Shoulder Joint Due to Infantile Paralysis. Annals of Surgery. Jan.
273. Kirmisson, E., Abscès du côté droit du cervelet consécutif à une mastoidite apparue au cours d'une otorrhée chronique. Trépanation de la fosse cérébelleuse; guérison complète, persistant au bout de neuf ans. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 37. No. 5. p. 143.
274. Klose, Heinrich, Die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Fortschritte der Medizin. No. 22. p. 505.
275. Derselbe, Erfolge der orthopädischen Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2405.
276. Knoblauch, Hypophysentumor, durch Operation von der Nase aus geheilt. Neurol. Centralbl. p. 1214. (Sitzungsbericht.)
277. Kölliker, Zur operativen Behandlung des spastischen Plattfusses. Berliner klin. Wochenschr. p. 593. (Sitzungsbericht.)
278. Derselbe, Zur Technik der Sehnen- und Nerventransplantation. ibidem. p. 2271. (Sitzungsbericht.)
279. Koltschin, P., Zur Frage der operativen Behandlung der Wirbelsäulenbrüche. Chirurgie. (russ.) 30. 97.
280. Korteweg, J. F., Einige Bemerkungen, L. J. J. Muskens Mitteilungen betreffend. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55 (2). 1134.
281. Kostić, Milivoj H., Über Duraplastik mit frischem Bruchsack bei einem Fall von Jackson-Epilepsie. Wiener klin. Rundschau. No. 6—7. p. 85. 103.
282. Krause, Geheilter Fall von sinus pericranii. Berliner klin. Wochenschr. p. 641. (Sitzungsbericht.)
283. Krause, Fedor, Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erfahrungen. Bd. II. Wien. Urban & Schwarzenberg.
284. Krepuska, Géza v., Operativ geheilter Fall von Hirnabszess mit ungewohnten Komplikationen. Orvosi Hetilap. No. 12. (Ungarisch.)
285. Kreuzer, L., Kasuistischer Beitrag zur Indikation der Operation bei intrakraniellen Geschwülsten und deren Prognose. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.



286. Krogius, Ali, Ett fall af akromegali jämte några ord om den kirurgiska behandlingen of hypophysistumörer. Finska läkaresällskapets handlingar. Bd. 53. I. S. 1.
287. Krumbein, Schussverletzung des Kopfes. Berl. klin. Wochenschr. p. 1348. **(Sitzungsbericht.)**
288. Kryński und Kopczyński, Ein Fall von Tabes dorsalis mit der Mingazzini-Försterschen Methode wegen der gastrischen Crisen operiert. Neurologja Polska. Bd. II. H. 2.
289. Kuhn, Franz, Der perorale Weg zur Schädelbasis, zur hinteren Nasenapertur und zum Keilbein. Zeitschr. f. Laryngol. Bd. IV. H. 2. p. 161.
290. Kulenkampff, D., Die Anästhesierung des Plexus brachialis. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 40. p. 1337.
291. Kümmell, Trepanation wegen Epilepsie (Faszientransplantation). Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1476. **(Sitzungsbericht.)**
292. Lafond, Hémorragie méningée traitée par des ponctions lombaires; mort. Loire méd. XXX. No. 1. 19—22.
293. Lake, Richard, Ten Cases of Operation for Ménières Disease (Aural Vertigo). The Lancet. I. p. 1569.
294. Lange, Fr., Die Sehnenverpflanzung. Ergebnisse der Chirurgie. Bd. II. p. 1.
295. Lapeyre, L., Trois observations de trépanation cranienne décompressive. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 37. p. 1349.
296. Laurent, Clinique chirurgicale. Paris. O. Doin.
296a. Lawatschek, Haematomyelie bei einem Neugeborenen. Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 56. p. 1.
297. Läwen, A., Über Leitungsanästhesie an der unteren Extremität, mit Bemerkungen über die Technik von Injektionen an dem Nervus ischiadicus bei Behandlung der Ischias. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 111. H. 1—3. p. 252.
298. Derselbe, Foerstersche Operation. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 197.
299. Derselbe, Fall von Meningocele traumatica spuria. Münch. mediz. Wochenschr. p. 2529. **(Sitzungsbericht.)**
300. Derselbe und Gaza, W. von, Experimentelle Untersuchungen über Extraduralanästhesie Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 111. H. 1—3. p. 289.
301. Le Filliatre, A propos de la rachicocaïnisation. Remarques anatomiques sur la région et le canal lombo-sacré. Technique et avantages de la rachicocaïnisation. Gaz. méd. de Paris. p. 41.
302. Derselbe, Lieu de l'élection de la ponction lombaire. Journal de Médecine de Paris. No. 12. p. 238.
303. Lehaussois, Tumeur sanguine de la région frontale gauche, en relation avec la circulation veineuse intracranienne. Lyon médical. T. CXVI. p. 655. **(Sitzungsbericht.)**
304. Leischner, H., Zur Chirurgie der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. Bd. 22. H. 5. p. 675.
305. Lemoine, Ponctions lombaire et sacrée. Ann. de la Policlin. de Paris. XXI. 63—72.
306. Lengfellner, Karl, und Frohse, Fritz, Die Möglichkeit eines operativen Ersatzes des M. extensor indicis proprius. Moderne Medizin. No. 1. p. 23.
307. Dieselben, Die Möglichkeiten einer operativen Behandlung der Lähmung des M. abductor pollicis longus. ibidem. No. 4. p. 79.
308. Leotta, N., Processo di autoplastica ossea per colmare perdita di sostanze delle ossa craniche. Ann. del r. Ist. di clin. chir. di Roma. III. 512—530.
309. Lerat, P., Deux cas d'opération de Foerster-van Gehuchten pour affections médullaires spasmodiques. Le Névraxe. T. XI. No. 2—3. p. 293.
310. Lerda, Guido, Die Handfräse zur Vereinfachung der Schädelresektion. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 96. H. 1. p. 247.
311. Leriche, R., et Cotte, G., L'opération de Förster dans le traitement des crises gastriques du tabes. Journal de Chirurgie. No. 5. p. 469—616.
312. Dieselben, L'opération de Franke (arrachement des 7e, 8e et 9e nerfs intercostaux) dans les crises gastriques du tabes. Lyon médical. T. CXVI. p. 392. **(Sitzungsbericht.)**
313. Lesin, W., Ein Fall von Resektion des mandibularis unterhalb des foramen ovale. Russ. Arzt. 10. 1351.
314. Lewandowsky, M., Erfolgreiche Trepanationen ohne Befund. Therapeut. Monatshefte. April. p. 235.
315. Lewis, Dean, and Davis, Carl B., Experimental Direct Transplantation of Tendon and Fascia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 7. p. 540.
316. Liek, Über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 23. p. 712.
317. Lieven, F., Über extradurale Anästhesie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 38. p. 1320.
318. Littig, L. W., Cerebral Decompression. Jowa Med. Journ. XVIII. 209—211.



319. Lloyd, James Hendrie, and Spellissy, Joseph M., A Case of Cerebral Decompression of Five Years' Standing, in which a Large Cerebral Hernia has Resulted wich Marked Improvement in Optic Neuritis. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. No. 5. p. 267.
320. Lombard, Pierre, A propos du traitement rationnel des fractures de la base du crâne. La Province médicale. No. 6. p. 65.
321. Longard, C., Die Behandlung der Eklampsie mit Entkapselung der Nieren. Monatsschrift f. Geburtshülfe. Bd. XXXIV. H. 4. p. 425.
322. Lop, Fracture ouverte du crane de la région occipitale avec issue de la substance cérébrale et déchirure du sinus longitudinal supérieur. Trépanation. Mort. Gaz. des hôpitaux. No. 34. p. 511.
323. Lorenz, Adolf, On the Treatment of Spastic Paralysis. The Therapeutic Gazette. July. p. 457.
324. Lorenz, W. F., An Avoidable Accident During Lumbar Puncture. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 16. p. 1287.
325. Lotheissen, Zwei Fälle von tabischen Krisen, mit Resektion der hinteren Dorsalwurzeln nach Förster operiert. Wiener klin. Wochenschr. p. 727. **(Sitzungsbericht.)**
326. Lowenburg, H., Case Showing Symptoms of Intracranial Pressure with Recovery. Arch. of Pediat. XXVIII. 523—525.
327. Lucas-Championnière, J., Trépanation pour décompression. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. 37. No. 11. p. 377.
328. Derselbe, Sur la trépanation décompressive. ibidem. T. 37. No. 13. p. 462.
329. Derselbe, Les opérations de décompression cérébrale à la société de Chirurgie. Journ. de Méd. et de Chir. pratiques. T. LXXXII. No. 9. p. 321—338.
330. Luckett, William Henry, 1. Gunshot Wound of the Head. 2. Butchers Cleaver Wound of the Brain. 3. Stab Wound of the Head. 4. Fracture of the Base. Decompression. 5. Extensive Fracture of the Base without Symptoms. Medical Record. 1912. Vol. 81. p. 491. 492. **(Sitzungsbericht.)**
331. Lusk, William C., The Anatomy of Spinal Puncture with Some Considerations on Technic and Paralytic Sequels. Annals of Surgery. LIV. Oct. No. 4. p. 449.
332. Lyonnet, B., et Piéry, Opération de Forlanini. Coma immédiat. Crises convulsives. Mort en trente sept heures. Lyon médical. T. CXVI. p. 761. **(Sitzungsbericht.)**
333. Mac Laurin, C., Conductive and Spinal Anesthesia. Australasian Med. Gazette. April.
334. Mainzer, Durchschneidung der hinteren Wurzeln bei gastrischen Krisen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 988. **(Sitzungsbericht.)**
335. Maki, G., und Noguchi, R., Die Erfahrungen über die Sacralanästhesie. Japan. Zeitschr. f. Dermatol. Bd. XI. fasc. 7. p. 868.
336. Maltzahn, Kurt Frh. v., Versuche über Aufmerksamkeitsstörungen bei Geisteskranken mit Hilfe der Bourdonschen Probe. Inaug.-Dissert. Berlin.
337. Maragliano, Dario, Nervenüberpflanzung von der einen Seite auf die entgegengesetzte. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 1. p. 5.
338. Marcille, Conduite à tenir dans les traumatismes de la voûte du crâne. La Tribune méd. No. 1. p. 6.
339. Mariantschik, L., Beobachtungen über den Gebrauch von Tropococain bei Rückenmarksanästhesie. Chirurgie. (russ.) **30.** 3.
340. Marimon, J., Eine neue Methode der chirurgischen Behandlung der Hydrocephalie. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 32. p. 1083.
341. Markow, N., 70 Fälle von Rückenmarksanästhesie durch Tropococain nach Bier. Chirurgie. (russ.) **30.** 60.
342. Marquis, Névrotomie pour endartérite oblitérante. Arch. gén. de Chirurgie. No. 8. p. 867.
343. Marquis, Névrotomie du membre supérieur pour endartérite oblitérante. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 27. p. 1000.
344. Martel, T. de, Bourguignon et Logre, Section transversale de toutes les parties molles de la face antérieure du poignet; section complète du nerf médian et section incomplète du nerf cubital. Suture des tendons et du nerf médian. Guérison. Revue neurol. 2. S. p. 168. **(Sitzungsbericht.)**
345. Matte, Labyrinthoperation wegen hochgradigsten Labyrinthschwindels. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 86. H. 3—4. p. 243.
346. Mauclaire, Une statistique hospitalière pendant deux ans. Gaz. des hopitaux. No. 56. p. 357.
347. Mauer, Anton, Erfahrungen mit Lumbalanästhesie an der Würzburger Frauenklinik. Inaug.-Dissert. Würzburg.
348. May, Otto, „Försters Operation" of Posterior Root Section for the Treatment of Spasticity, with an Illustrative Case. The Lancet. I. p. 1489.



349. Mayo, C. H., Ligation for Partial Thyroidectomy for Hyperthyroidism. Illinois Med. Journal. Febr.
350. Mc Gavin, Lawrie, Abdominal Section Under Spinal Analgesia, with or without the Aid of General Anaesthesia. With Notes of Sixty-five Cases. Brit. Med. Journal. II. p. 1638.
351. Mc Glannan, A., Advantages of Decompression in Treatment of Head Injuries. Maryland Med. Journal. Febr.
352. Mc Guire, Edgar R., Cerebral Decompression. Buffalo Med. Journal. Vol. LXVI. No. 12. p. 658.
353. Mc Kay, W. J. S., Observations on Surgery of Paralyses. Australasian Med. Gazette. Aug. 21.
354. Medea, E., e Bossi, P., Résection partielle des nerfs moteurs dans l'athétose avec présentation de l'opéré. L'Ospedale maggiore. No. 4.
355. Meisenbach, Roland O., Artificial Muscles in the Early Treatment of Infantile Paralysis; A New Method. Medical Record. Vol. 79. No. 10. p. 435.
356. Melchior, Eduard, Zur Chirurgie der Hypophysis cerebri. Berl. klin. Wochenschr. No. 32. p. 1453.
357. Derselbe, Die Hypophysis cerebri in ihrer Bedeutung für die Chirurgie. Ergebn. der Chirurgie u. Orthopedie. Bd. III. p. 290.
358. Mencière, L., Contribution au traitement du genou paralytique (poliomyélite antérieure); nouveau procédé de greffe musculo-tendineuse. Arch. prov. de chir. 1910. XIX. 688—716.
359. Derselbe, Contribution au traitement de la hanche paralytique, paralysie flasque. ibidem. XX. 3—62.
360. Menne, Erich, Ueber die Erfolge der Laminektomie bei Lähmungen infolge von Spondylitis tuberculosa. Inaug.-Dissert. Halle.
361. Meyer, Zur Kenntnis der psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 746. (Sitzungsbericht.)
362. Meyer, L., Zur Klinik der Berstung der harten Hirnhäute beim Neugeborenen. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1336.
363. Meyer, Wirich, Über einen Fall von Sehnentransplantation bei ausgedehnten Lähmungen infolge Poliomyelitis anterior acuta. Inaug.-Dissert. Erlangen.
364. Michailow, Über Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. Praktitscheski Wratsch. 1910. No. 10—11.
365. Michelsson, Zur Behandlung des Tetanus mit Lumbalpunktion. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 273. (Sitzungsbericht.)
366. Milligan, John D., Trephining for Apoplexy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 24. p. 1803.
367. Mink, P. J., Ein Fremdkörper im Sinus sphenoidalis. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. I. 2278.
368. Missmahl, Willy, Über Behandlung und Resultate der Spina bifida. Inaug.-Dissert. München.
369. Molloy, M., Spinal Anesthesia. Bull. of Manila Med. Soc. Aug.
370. Moorhead, John J., Bullet Wound of Chest and Spine; Paraplegia; Laminectomy; Tonotomies, Recovery. Medical Rercord. Vol. 79. p. 605. (Sitzungsbericht.)
371. Morestin, H., Indications chirurgicales dans la maladie de Recklinghausen. Bull. Soc. de Chirurgie de Paris. T. XXXVII. No. 1. p. 1.
372. Derselbe, Traumatisme cranio-cérébelleux. ibidem. T. XXXVII. No. 15. p. 552.
373. Morris, The Neurotic Element in Abdominal Surgery. Medical Record. 1912. Vol. 81. p. 192. (Sitzungsbericht.)
374. Moti, F., Epidémiologie de la méningite cérébro-spinale, son traitement par la trépanation. Echo méd. du nord. XV. 53—56.
375. Muirhead, Winifred, The Wassermann Reaction in Insanity. Brit. Med. Journal. II. p. 743. (Sitzungsbericht.)
376. Muller, Goerge P., Laminectomy for Injury and Tumor of the Spinal Cord. With a Report of Six Cases. Annals of Surgery. June. p. 754.
377. Müller, J. M., Ein Fall von Totalexstirpation des Ganglion Gasseri. Wiener klin. Rundschau. No. 37—39. 581. 599. 616.
378. Murard, Fracture compliquée avec enfoncement du crâne dans la région temporo-pariétale droite; hémorragie de la méningite moyenne; phénomènes d'hémiplégie; trépanation, tamponnement. Lyon médical. T. CXVI. p. 563. (Sitzungsbericht.)
379. Muskens, L. J. J., Kurzer Bericht über operativ behandelte neurologische Fälle im Jahre 1910. Psych. en neurol. Bladen. 15. 185.
380. Derselbe, Mitteilungen über die Chirurgie des zentralen Nervensystems. I. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. (2.) 983.



381. Nast-Kolb, Alban, Die operative Behandlung der Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule. Ergebn. d. Chirurgie u. Orthopedie. Bd. III. p. 347.
382. Neisser, E., Lumbalpunktion und Hirnpunktion. Handbuch d. Neurologie. 1910. I. 1173—1215.
383. Derselbe, Lumbalpunktion und Hirnpunktion. ibidem. 1293—1298.
384. Newmark, Leo, with Kugler, H. B. A., and Sherman, Harry M., Successful Removal of Brain Tumors. A. Cerebellar Tumor and An Endothelioma of the Pre-Frontal Dura Mater. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 16. p. 1180.
385. Niblock, W. J., Tic Douloureux; Removal of Gasserian Ganglion; Recovery. Indian Med. Gaz. XLVI. 135.
386. Nicod, Le traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. Revue méd. de la Suisse romande. No. 8. p. 574.
387. Nieden, Hermann, Über Lumbalpunktion, insbesondere die Befunde bei Kachexie. Inaug.-Dissert. Bonn.
388. Ninni, G., Contributi alla cura chirurgica dell' epilessia Jacksoniana e dell'emorragia intracranica traumatiche. Giorn. internaz. d. Sc. med. 1910. XXXII. 841—848.
389. Nitzsche, Die Technik der Rückenmarksanästhesie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1426. **(Sitzungsbericht.)**
390. Onodi, A., Die Eröffnung der Schädelhöhle und Freilegung des Gehirns von den Nebenhöhlen der Nase aus. Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. IV. H. 1. p. 1. u. Würzburg. C. Kabitzsch.
391. Opokin, A. A., Zur Diagnose und Behandlung der traumatischen supraduralen Hämatome. Chirurg. Archiv Weljaminowa.
392. Oudard, Accidents de décompression. Relation d'autopsie. Archives de méd. et pharm. navales. No. 7. p. 63—72.
393. Overton, J., Lumbar Puncture; its Technique, Indications and Therapeutic Uses. Journ. Tenn. M. Ass. III. 237—241.
394. Parsons, C. G., New Spinal Needle. Denver Med. Times and Utah Med. Journ. Jan.
395. Payr, E., Über Ventrikeldrainage bei Hydrozephalus. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 95. H. 4. p. 986.
396. Peak, J. H., A Case of Head Injury. Osteome of the Uterus. Kentucky Med. Journal. Febr. 15.
397. Peltesohn, Siegfried, Ueberkorrektur bei spastischen Kontrakturen. Genu recurvatum nach Flexionskontraktur. Berl. klin. Wochenschr. No. 33. p. 1515.
398. Perkins, C. E., Mastoiditis Followed by Cerebral Symptoms: Relieved by Decompression Operation. Annals of Otology. June.
399. Perthes, Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Gehirn- und Rückenmarkschirurgie. Mediz. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 41—42. p. 661. 677.
400. Peterson, Reuben, The Indication for and Technic of Vaginal Cesarean Section in Eclampsia. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 1. p. 1.
401. Derselbe, A Consideration of Vaginal Cesarean Section in the Treatment of Eclampsia Based Upon a Study of Five Hundred and Thirty Published and Unpublished Cases. The Amer. Journ. of Obstetrics. July. p. 1.
402. Pfeifer, B., Puncture of the Brain for Diagnostic Purposes. Brit. Med. Journal. II. p. 745. **(Sitzungsbericht.)**
403. Pfister, Carl, Ein Fall von Schädelresektion. New Yorker Mediz. Monatsschr. Dez. p. 186. **(Sitzungsbericht.)**
404. Picqué, Lucien, Sur les accidents éloignés dans les traumatismes craniens. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 6. p. 179.
405. Derselbe, Psychopathies et indications opératoires. ibidem. T. XXXVII. No. 27. p. 1008.
406. Derselbe, Sur une série de traumatismes craniens. ibidem. T. XXXVII. No. 30. p. 1078.
407. Derselbe, Traitement des traumatismes fermés du crâne. Soc. de méd. mil. franç. V. 17—31.
408. Pond, A. M., Fractures of the Skull. Jowa Med. Journal. Jan.
409. Pott, Rudolf, Ueber Tentoriumzerreissungen bei der Geburt. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXIX. H. 3. p. 674.
410. Poulain, Essai sur le mécanisme et la classification des fractures de la base du crâne irradiées à plusieurs étages. Thèse de Paris.
411. Prampolini, B., Contributo alla terapia dei traumatismi cranio-encefalici per mezzo della puntura lombare. Policlin. XVIII. sez. prat. 617—620.
412. Prince, A., Traumatisme remontant à huit ans suivi de méningite. Troubles mentaux, deux craniectomies. Guérison. Revue neurol. No. 18. p. 365.
413. Puls, A. J., Present Status of Spinal Analgesia. Wisconsin Med. Journal. Jan.



414. Pussep, L. M., Operative Behandlung der traumatischen Aphasien. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 17. H. 5/6. p. 201.
415. Derselbe, Resektion des Ganglion Gasseri wegen Neuralgie des N. trigeminus unter Beleuchtung der Wundhöhle. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VIII. No. 1. p. 81.
416. Derselbe, Die operative Behandlung von Tumoren der Rückenmarkhäute. Russ. Arzt. 10. 385.
417. Putnam, James J., The Value of Lumbar Puncture in the Treatment of Aural Vertigo. The Laryngoscope. Vol. XXI. No. 9. p. 940. und Boston. Med. and Surg. Journ. Sept. 28.
418. Derselbe and Blake, C. J., The Babinski Treatment of Aural Vertigo by Lumbar Puncture. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 540. (Sitzungsbericht.)
419. Quénu, De la douleur dans la gangrène et de son traitement par la névrotomie à distance. Le Bulletin médical. 1910. No. 23. p. 263.
420. Quervain, de, Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Rückenmarks. Neurol. Centralbl. p. 1070. (Sitzungsbericht.)
421. Rae, James, The Diagnostic Value of Rachicentesis. Brit. Med. Journal. I. p. 1424.
422. Reclus, Paul, Sur la rachianesthésie. Bull. de l'Acad. de Médecine. T. LXVI. No. 29. p. 70.
423. Rehn, L., Die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2177.
424. Reichmann, Spinalpunktionsapparat. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2804. (Sitzungsbericht.)
425. Reinhardt, J. C., Ein durch Nierenentkapselung geheilter Fall von puerperaler Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 3. p. 107.
426. Rejtö, Alexander, Ein durch eine unterbundene Vena jugularis entleerter vereiterter Sinusthrombus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 8. p. 949.
427. Richards, Owen, The Routine Use of Spinal Anaesthesia: A Study of Five Hundred Consecutive Cases. Brit. Med. Journ. II. p. 1646.
428. Riche, V., La rachianesthésie haute. Montpellier médical. No. 4.
429. Riese, Balkenstich bei Hydrozephalus. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Sitzungsbericht.)
430. Roberts, John B., and Lloyd, J. Hendric, A Patient with Stab-Wound of the Musculo-Spiral Nerve in Whose Case Nerve Suturing Has Been Performed. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 555. (Sitzungsbericht.)
431. Robineau, Fracture du rocher, Troubles consécutifs, Trépanation. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 17. p. 614.
432. Derselbe, Trépanation cranienne décompressive pour tumeur de la base. ibidem. T. 37. No. 9. p. 300.
433. Rogers, Cassius C., Intracranial Surgical Lesions in Children. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 9. p. 644.
434. Derselbe, Brain Surgery. ibidem. Vol. LVII. No. 14. p. 1110.
435. Romanese, R., Sul reimpianto di osso nel cranio. Gior. di Accad. di med. di Torino. 1910. 4. s. XVI. 289—292.
436. Röpke, W., Ueber die operative Entfernung intramedullärer Rückenmarkstumoren, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis über die Beschaffenheit des Lumbalpunktats bei Rückenmarkstumoren. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 96. H. 4. p. 963.
437. Rossi, A., Sul valore della puntura lombare nella emorragia cerebrale. Riforma med. XXVII. 427—433.
438. Rothschild, Otto, Über die Behandlung der Facialis- und Accessoriuslähmung. Kritisches Referat. Centralbl. f. die Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. XIV. No. 14—22. p. 529. 561. 609. 641. 689. 721. 769. 823.
439. Rouvillois, Ecrasement du nerf radial par coup de feu. Résection nerveuse suivie de suture. Résultat éloigné. Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. T. 37. No. 10. p. 362.
440. Rouvillois, A propos de la prothèse métallique du crâne. Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. T. XXXVII. No. 1. p. 12.
441. Rubritius, Extirpation des Ganglion Gasseri. Wiener klin. Wochenschr. p. 1112. (Sitzungsbericht.)
442. Rucker, S. T., End-Results of Surgical Operations on Nervous Women. New York Med. Journal. Jan. 7.
443. Ruttin, Erich, Freilegung der vorderen Teile der mittleren Schädelgrube zur Erreichung ausgedehnter otogener Extraduralabszesse. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 95. H. 1. p. 70.
444. Derselbe, Schädelbasisfrakturen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1408. (Sitzungsbericht.)
445. Derselbe, Fall von Schussverletzung mit Projektil in der hinteren Schädelgruppe in der Nähe des inneren Gehörganges. ibidem. 1912. p. 43. (Sitzungsbericht.)



446. Ryall, E. Canny, The Indications and Contra-Indications for the Use of Spinal Anesthesia. The Practitioner. Vol. LXXXI. No. 2. p. 227.
447. Rydygier, A., Ueber die Exstirpation des Ganglion Gasseri. Tygodnik Lekarski Lwowski. No. 28.
448. Rydygier, jr. Drei nach Bramann operierte Fälle (punctio corporis callosi). Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1413. **(Sitzungsbericht.)**
449. Saada, Section de la branche externe du spinal. Thèse de Paris.
450. Saalmann, Viktor, Rhachiotomie (Küstner). Inaug.-Dissert. Breslau.
451. Sabadini, Nouvelle série de rachianesthésie à la stovaïne et à la novocaïne. XXIII[e] Congr. d'Assoc. franç. de Chir. Paris 3—8. oct. 1910.
452. Sachs, Ernest, The Present Status of Cranial Surgery. The American Medicine. Vol. VI. No. 6. p. 318—323.
453. Derselbe, Posterior Root Section for Spastic Paraplegia. Medical Record. 1912. Vol. 81. p. 348. **(Sitzungsbericht.)**
454. Samter, Schwere Haut- und Schädelknochenverletzung. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1421.
455. Derselbe, Fazialis-Hypoglossus-Anastomose. ibidem. p. 1421.
456. Sargnon, Tumeur volumineuse du larynx, laryngofissure sous l'anesthésie régionale des nerfs laryngés supérieurs. Lyon médical. 1912. Vol. CXVIII. p. 37. **(Sitzungsbericht.)**
457. Sasse, Günstige Operationserfolge bei Basedow. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1213. **(Sitzungsbericht.)**
458. Savariaud, Cure radicale de spina bifida chez un enfant de vingt jours. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVII. No. 31. p. 1110.
459. Sayre, Reginald H., Further Experience with Volkmanns Ischemic Paralysis by the Method of Robert Jones. Medical Record. Vol. 80. p. 503. **(Sitzungsbericht.)**
460. Schäfer, Philipp, Die Lumbalpunktion bei Schädelfrakturen und Meningitis. Inaug.-Dissert. Bonn.
461. Schaffer, K., Erfolglose Försteroperation bei einem Falle von Hemispasmus. — Sitzungsbericht der neurol. u. psych. Sektion des kön. ung. Ärztevereins vom 20. März.
462. Schlimpert, H., Hohe und tiefe extradurale Anästhesien. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 12. p. 477.
463. Schmiegelow, E., Über Plastik bei grossen Knochendefekten des Schädels. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. p. 802. **(Sitzungsbericht.)**
464. Schmitt, A. Emil, Anatomical and Surgical Desiderata in the Exposure and Removal of the Pituitary Gland. Annals of Surgery. Jan. p. 44.
465. Schugam, Helene, die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. Inaug.-Dissert. Berlin.
466. Schüller, Arthur. Röntgendiagnostik. Handb. d. Neurol. 1910. I. 1216—1236.
467. Derselbe, Sellare Palliativtrepanation und Punktion des dritten Hirnventrikels. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 182.
468. Derselbe, Bemerkungen über die sellare Trepanation. ibidem. No. 47. p. 3002.
469. Derselbe, Zur Röntgen-Diagnose der basalen Impression des Schädels. ibidem. No. 40. p. 2593.
470. Schulz, Schädel eines durch Fahrlässigkeit mit einem Schiessapparat für Kinder in die Stirn erschossenen Mannes. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2207.
471. Schurmeier, F. C., Skull Fracture. Illinois Med. Journ. Jan.
472. Schüssler, H., Zur chirurgischen Behandlung der Tabes dorsalis. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 29. p. 987.
473. Schwartz, Th., und Bornhaupt, Durch Operation geheilter Fall von Kleinhirnbrückenwinkeltumor. St. Petersb. mediz. Wochenschr. p. 166. **(Sitzungsbericht.)**
474. Schweinitz, G. E. de, The Relation of Cerebral Decompression to the Relief of the Ocular Manifestations of Increased Intracranial Tension. Ann. of Ophth. XX. 271—284.
475. Seitz, Zur Genese der intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 53. **(Sitzungsbericht.)**
476. Serger, Zur Frage der Verletzung der Schädelbasis und des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 753. **(Sitzungsbericht.)**
477. Sherman, H. M., Operation to Expose the Cerebellopontine Angle. California State Journ. of Medicine. March.
478. Shevkunenko, V. N., Hypophysectomia pharyngealis. Syezd. rossiysk. khirurg. X. 105—107.
479. Sicard, Essai de traitement de l'hémispasme facial par l'anastomose spino-faciale. Revue neurol. I. p. 508. **(Sitzungsbericht.)**
480. Siebert, Kurt, Erfahrungen über Sakralanästhesie. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 112. H. 1—3. p. 176.

481. Sigaud, Anastomose hypoglosso-faciale. Lyon médical. 1912. T. CXVIII. p. 138. **(Sitzungsbericht.)**
482. Simon, Alexander, Über Röntgenbestrahlungen der Schilddrüse bei Thyreoidismus. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1345.
483. Singley, J. D., Surgical Treatment of Hyperthyroidism. Pennsylvania Med. Journ. July.
484. Smith, H., Some Cases of Optic Neuritis Benefited by Operation on the Sphenoidal Sinus and Posterior Ethmoidal Cells. New York Med. Journ. Aug. 5.
485. Sokolow, W., Beitrag zur Lokalanästhesie bei Operationen am Sinus transversus. Bote f. Hals-, Ohren- und Nasenkrankh. (russ.). 3. 192.
486. Solaro, G., Contributo clinico alla anestesia lombare (3200 anestesie). Boll. delle cliniche. No. 4. p. 150.
487. Souqes, Traitement des épilepsies symptomatiques par la trépanation cranienne. L'Encéphale. 5. II. 375. **(Sitzungsbericht.)**
488. Derselbe et Martel, de, Mort rapide à la suite de la craniectomie décompressive. Revue neurol. No. 7. p. 413.
489. Spanier, Kind mit operierter Spina bifida. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 57. **(Sitzungsbericht.)**
490. Spiess, Gustav, Tumor der Hypophysengegend, auf endonasalem Wege erfolgreich operiert. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2503.
491. Spiller, Ein plötzlicher Todesfall nach Lumbalpunktion durch Gehirnblutung. Deutsche Militärärztl. Zeitschr. H. 4. p. 164—167.
492. Spitzy, D. H., Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie der peripheren Nerven (Behandlung von Lähmungen mittels Nervenplastik). Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 7—9. p. 71. 83. 95.
493. Stanischeff, Nikola M., Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. Inaug.-Dissert. München.
494. Stern, Karl, Beitrag zur operativen Behandlung der Bechterewschen Krankheit. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 43. p. 1983.
495. Steuernagel, Erfahrungen mit der Lumbalanästhesie. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 34. H. 6. p. 702.
496. Stewart, John, A Subtemporal Decompression Operation for Intracranial Pressure. Brit. Med. Journal. II. p. 15.
497. Stiefler, Georg, Beiträge zur Försterschen Operation. Wiener klin. Wochenschr. No. 32. p. 1151.
498. Derselbe, Balkenstich (Anton-Bramann) bei Hydrozephalus congenitus. ibidem p. 1143. **(Sitzungsbericht.)**
499. Stiven, H. E. S., Spinal Anesthesia in Egypt. The Lancet. II. p. 1135.
500. Stoeckel, W., Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gynaekol. Urologie. 1910. Bd. II. No. 2. p. 100.
501. Stoffel, Neue Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Nerventransplantation. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 25. p. 505.
502. Derselbe, Vorschläge zur Behandlung der Glutaeuslähmungen mittelst Nervenplastik. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 107. p. 241.
503. Derselbe, Eine neue Operation zur Beseitigung der spastischen Lähmungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2493.
504. Derselbe, On the Failure of Nerve Anastomosis in Infantile Palsy. The Lancet. 1910. Sept. 10.
505. Stubenrauch, v., Myelocystomeningocele occipitalis. Exstirpation. Heilung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1051. **(Sitzungsbericht.)**
506. Sudek, P., Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 837.
507. Suszynski, Eduard, Die Zerreissung der Sutura sagittalis bei Spontangeburt. Inaug.-Dissert. München.
508. Tarsia, L., Contributo alla tecnica della ipofisectomia. Studium. IV. 6—8.
509. Taylor, A. S., Three Cases of Unilateral Laminectomy with Dorsal Root Section for the Relief of Spastic Diplegias and Hemiplegias. Ann. of Surg. LIII. 281—283.
510. Derselbe, „Posterior Spinal-Root Section in the Treatment of Muscular Spasticity. 2. Posterior Spinal-Root Section. Medical Record. 1912. Vol. 81. p. 349. **(Sitzungsbericht.)**
511. Terry, M., L'opération de Foerster; résection des racines rachidiennes postérieures. Clinique. VI. 65—67.
512. Terry, W. J., Operative Treatment of Hyperthyroidism. California State Journ. of Medicine. March.
513. Derselbe, Indications, Technic and Results in Decompressive Operations on the Brain. ibidem. July.



514. Tietze, Zur Chirurgie des peripheren Nervensystems. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1376. (**Sitzungsbericht.**)
515. Tilmann, Die chirurgische Behandlung des Basedow. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2586. (**Sitzungsbericht.**)
516. Tinker, M. B., Surgical Treatment of Exophthalmic Goiter. Buffalo Med. Journal. June.
517. Torrance, Foramittis „Tubilization" Method of Nerve Sutures. New York Med. Journ. June 17.
518. Toupet, Chirurgie de l'hypophyse. Thèse de Paris.
519. Tramonti, E., L'operazione di Mingazzini-Förster nella cura della tabe. Policlinico. XVIII. No. 24.
520. Tufféry, G., De la rachinovocaïnisation lombaire d'après 250 observations. Thèse de Montpellier.
521. Tuffier, Sur la trépanation décompressive. Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. T. 37. No. 10. p. 336.
522. Turck, R. C., Surgical After-Treatment of Anterior Poliomyelitis. Southern Med. Journal. Aug.
523. Valentin, Operative Behandlung von Schläfenbeinbrüchen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1296.
524. Vallas et Convert, Cancroïde de la lèvre inférieure. Résection de la jugulaire interne et du pneumogastrique droits. Lyon médical. 1912. T. CXVIII. p. 558. (**Sitzungsbericht.**)
525. Vanderbossche, Traitement des traumatismes fermés du crâne. Gazette des hôpitaux. p. 84. (**Sitzungsbericht.**)
526. Derselbe, Coups de feu de la tête. Le Bulletin médical. No. 5. p. 43.
527. Vaucresson, Truité de, Fracture de la région occipito-pariétale avec fracture de la base du crâne; trépanation; guérison. Soc. de Méd. mil. française. 20. Oct. 1910.
528. Veau, Victor, Traitement chirurgical de la paralysie infantile. Le Journal médical français. No. 6. p. 378.
529. Vega, J. de la, Breves consideraciones acerca del tratamiento de algunas complicaciones intracraneanas de la otitis media purulenta crónica. Bol. de cien. med. 1910. I. 277. I. 333. 388.
530. Vela Vázquez, J., Tratamiento de las neuritis ópticas por la punción lumbar. An. de oftal. XIII. 362—368.
531. Velter, E., La craniectomie décompressive dans les stases papillaires des syndromes d'hypertension intracranienne. Archives d'Ophthalmologie. T. 31. No. 3. p. 129.
532. Derselbe et Chauvet, Stephen, Deux cas d'hypertension intra-cranieme sans tumeur cérébrale, guéris par la craniectomie décompressive. Revue neurol. I. S. p. 269. (**Sitzungsbericht.**)
533. Verdier, A., Du traitement chirurgical et de ses résultats dans l'épilepsie jacksonienne traumatique ancienne. Thèse de Montpellier.
534. Verebélyi, T. von, und Hudovernig, K., Zur operativen Behandlung der tabischen Krisen. **Sitzungsber.** d. neurol. Sekt. d. kgl. ungar. Aerztever. 20. März.
535. Verga, Gi., La patologia chirurgica dell'ipofisi. Pavia.
536. Vogt, Beitrag zur Kasuistik der Wirbelsäulefrakturen beim Pferd. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 37. p. 675.
537. Vohsen, Von der Nase aus entfernte Hypophyse. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1048. (**Sitzungsbericht.**)
538. Voisin, Roger, Ponction lombaire et traitement des méningites. Bulletin médical. No. 54. p. 613.
539. Vulpius, O., Nervenoperationen bei Lähmungen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1531. (**Sitzungsbericht.**)
540. Walker, A. A., Lumbar Puncture as a Diagnostic and Therapeutic Measure. Alabama Med. Journ. XXIV. 75—80.
541. Waller, Wilhelm, Fall von Fremdkörper (Revolverkugel) im Schläfenbein, durch Radikaloperation entfernt. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. p. 803. (**Sitzungsbericht.**)
542. Walther, Hans E., Kontralaterale Nerventransplantation. Zeitschr. f. orthoped. Chirurgie. Bd. XXVIII. H. 3/4. p. 518.
543. Wanach, Zur Nervennaht. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 586. (**Sitzungsbericht.**)
544. Watermann, P., Treatment of Brain Injuries Associated with Fracture of Base of Skull. Yale Med. Journ. XVIII. No. 1.
545. Waugh, W. F., Alcoholism Cured by Surgery. Chicago Med. Recorder. Oct. 15.
546. Weill et Dauvergne, Sur un cas de traumatisme cérébral chez un enfant, suivi d'hypersécrétion céphalo-rachidien traité par des ponctions rachidiennes successives. Lyon médical. T. CXVI. p. 941. (**Sitzungsbericht.**)



547. Weiss, Fracture du crâne avec hernie du cerveau. Rev. méd. de l'Est. 1910. p. 466—467.
548. Weitzel, Du traitement des blessures du crane dans les formations de l'avant. Revue de Chirurgie. No. 2. p. 163.
549. Wendel, Beiträge zur Hirnchirurgie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 562. (Sitzungsbericht.)
550. Werner, Komplizierte Schädelverletzung bei einem Kinde. St. Petersb. Mediz. Wochenschrift. p. 557. (Sitzungsbericht.)
551. Wesemeyer, Otto, Ueber den Hirnbruch, im Anschluss an einen Fall eigener Beobachtung. Inaug.-Dissert. Leipzig.
552. Westermann, C. W. J., Operative Behandlung des Morbus Basedow. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. (1.) 1582.
553. Wieting, Zur Chirurgie des Sinus pericranii. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1438.
554. Wildenberg, Van den, Fractures de la base du crâne, du frontal et des os de la face. Lésions graves du cerveau, polysinusites, guérison. Arch. internat. de Laryngol. Vol. XXXI. No. 1. p. 110.
555. Willmoth, A. D., Early Diagnosis of Head Injury. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 20. p. 1635. (Sitzungsbericht.)
556. Wilms, M., Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 75. Supplement-Heft.
557. Wilms und Kolb, Modifikation der Försterschen Operation, Resektion der Wurzeln am Conus medullaris. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 37. p. 1961.
557a. Wimmer, Aug., Zwei Fälle von begrenzter Seitenläsion des Rückenmarks. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 43. p. 132.
558. Winkler, Josef, Beitrag zur Kasuistik der Meningocele traumatica spuria. Wiener klin. Wochenschr. No. 36. p. 1274.
559. Winter, J., Surgical Treatment of Epilepsy; Trepanation Used. Duodecim. XXVII. 1—40.
560. Zerfing, C. E., Fracture of the Skull with Intracranial Injuries. Southern California Practitioner. April.
561. Ziem, C., De l'importance des maladies nasales dans les traumatismes de la tête. Arch. internat. de Laryngol. T. 31. H. 1. p. 45.
562. Zimmermann, Die operative Behandlung der sogen. genuinen Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 569. (Sitzungsbericht.)
563. Zinn, W., Förstersche Operation wegen gastrischer Krisen bei Tabes. Berliner klin. Wochenschr. No. 37. p. 1679.
564. Zinsser, A., Über Schädelbrüche Neugeborener nach Spontangeburten. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 492—495.
565. Zondek, M., Die Dekapsulation und die Scarifikation der Niere und ihre klinische Bedeutung. Berliner klin. Wochenschr. No. 13. p. 571.

Bircher (60) teilt einen Fall seiner Beobachtung mit, bei dem ein erfreuliches Resultat, auch in kosmetischer Beziehung, erzielt wurde. Die Operation verdiente, öfter angewandt zu werden.

Krepuska (284) beschreibt folgenden Fall von kompliziert verlaufendem Hirnabszeß: Neunjähriges Mädchen mit Otitis media purulenta rechts; nach Eröffnung des Warzenfortsatzes vorübergehendes Schwinden des Fiebers, einige Tage später Auftreten eines retromaxillaren Abszesses, danach zeitweise mäßiges Fieber, welches nach ca. drei Wochen plötzlich auf 40,2° ansteigt, Herztätigkeit riesig gesteigert, Patient komatös, einmaliges Erbrechen, straff gefüllte Blutgefäße der Stirn und Schläfen; keine weiteren neurologischen Erscheinungen. Bei Wiedereröffnung der Operationswunde zeigt sich anfangs bloß mäßige Hyperämie der Duralgefäße, bei der Punktion entleert sich ein großer Abszeß der Schläfengegend. Nach weiteren fünf Wochen tritt noch ein retropharyngealer Abszeß auf. Heilung. (*Hudovernig.*)

Der von **Baum** (44) beschriebene Fall war klinisch dadurch interessant, daß er lange symptomlos verlief, trotzdem der Tumor in der motorischen Region saß. Die Ursache dieses Verhaltens liegt wahrscheinlich in dem langsamen Wachstum und der Kompressibilität des Kavernoms. Die Exstirpation gelang radikal, doch starb der Patient ein Jahr später an den Folgen der zum Defektverschluß vorgenommenen Operation.



Hippel (241) hält auf Grund seiner an 14 Fällen gewonnenen Erfahrung die Gefahr der Palliativtrepanation nicht mehr für sehr groß und empfiehlt — abgesehen natürlich von der Stauungspapille luetischer Genese — möglichst frühzeitige Anwendung, da eine Besserung durch die Operation unverkennbar ist; allerdings ist die Beobachtungszeit der operierten Patienten noch verhältnismäßig kurz. Vor allen Dingen sollte nicht zu viel Zeit mit medikamentöser Behandlung verloren werden.

Matte's (345) Patient bekam sieben Jahre nach einem Schädelbasisbruch Drehschwindelerscheinungen und Ohrgeräusche. Nach der — erst mehrere Jahre später vorgenommenen — Operation zessierten die Schwindelanfälle vollkommen. Dagegen behielt der Kranke subjektive Ohrgeräusche, die nach Verf. extralabyrinthär, wahrscheinlich im Nervenstamm, entstehen.

Der von **Butzengeiger** (96) beobachtete Fall erforderte mehrere Operationen und heilte erst nach Anlegung einer Gegentrepanation mit Dränage, weil erst dadurch ausreichender Abfluß erzielt werden konnte.

Iselin (254) warnt vor der von anderer Seite vorgeschlagenen operativen Behandlung der frischen Apoplexie. Er hat in einem Fall von Hirnblutung, weil ein subdurales Hämatom mit Hirnquetschung diagnostiziert worden war, trepaniert; während der Operation kam es zu einer schweren Blutung in das Gehirn und in die Ventrikel. — Mehr Erfolg scheint die chirurgische Behandlung dagegen bei der Pachymeningitis haemorrhagica zu versprechen.

Zinsser's (564) Beobachtungen lehren, daß Schädelbrüche ohne jede äußere Gewaltwirkung zustande kommen können, und zwar nicht nur bei erschwerter, sondern auch bei vollkommen normaler Geburt; es ist also eine Schädelfraktur bei Neugeborenen keineswegs immer durch kriminelle Gewalt verursacht, was in foro betont werden muß.

Hoffmann (247) empfiehlt die Impression bei Neugeborenen mit beiden Händen seitlich zu umfassen und nach innen zu drücken, so daß der eingedrückte Knochen von der Tiefe aus gehoben wird. Schädigungen oder Mißerfolge hat Verf. nicht beobachtet.

Dem von **Harmsen** (223) beobachteten Patienten war aus einer sehr großen Höhe ein Brett auf den Kopf gefallen, das in tangentialer Richtung getroffen haben muß; ein abgesprungenes Holzstück, etwa 10 cm lang, 2—3 cm breit und $^3/_4$ cm dick, drang zwischen Schädelkapsel und Dura ein. Die Hirnerscheinungen bestanden im wesentlichen in Pulsverlangsamung, Pupillenerweiterung und leichter Parese der rechten Hand mit Aphasie. Das Holz konnte entfernt werden; es bildeten sich aber an der Stelle der Wunde immer wieder kleine Abszesse, aus denen sich Knochenstückchen und ein Stück Filz (vom Hut herrührend?) entleerten. Patient wurde geheilt.

Die Anomalie der basalen Schädelimpression ist nach **Schüller** (469) klinisch recht gut charakterisiert, und zwar vor allem durch eine eigentümliche Kopfhaltung. Dazu kommen in späteren Stadien Symptome der Drucksteigerung in der hinteren Schädelgrube. Ätiologisch ist das Krankheitsbild noch keineswegs geklärt. Die Diagnose wird intra vitam durch das Röntgenbild meist ohne Schwierigkeit zu stellen sein.

Schüller (467) schlägt vor, in bestimmten Fällen die Druckentlastung des Gehirns von der Sella turcica aus vorzunehmen, eventuell mit Punktion des Ventrikelbodens. Der Zugang zur Sella geschieht nach der Schlofferschen Methode oder auf dem von Hirsch vorgeschlagenen endonasalen Weg. Als hauptsächlichste Indikationen betrachtet Verf. inoperable Hirntumoren, bestimmte Formen des Hydrozephalus, ferner die isolierten Erkrankungen des dritten Ventrikels und die Kraniostenose. Vorherige Röntgenuntersuchung ist unerläßlich.



Spiess (490) hat endonasal nach der Hirschschen Methode operiert. Die vorher bestehende bitemporale Hemianopsie war am 17. Tage nach der Operation verschwunden, Gesichtsfeld und Sehschärfe waren normal. Über die Prognose ist kein Urteil möglich, da es sich um ein Chordom handelte und analoge Fälle nicht bekannt sind.

Bode (69) berichtet über einen Fall von Hypophysentumor, bei dem durch die Operation zunächst eine Besserung erzielt wurde, doch trat nach sechs Monaten wieder eine Verschlechterung auf, die eine zweite Operation zur Folge hatte. 14 Tage nach diesem Eingriff starb die Patientin. Bei der Sektion ergab sich, daß der Tumor aus mehreren Knoten bestand und wohl inoperabel war. — Der basale Weg der Hypophysenfreilegung in den verschiedenen Modifikationen, zumal die Schloffersche Methode, scheint dem Verf. am meisten geeignet.

Melchior (356) und (357) gibt einen Überblick über die Anatomie, Physiologie und Pathologie der Hypophyse und erörtert im Anschluß daran die Symptomatologie und Diagnostik der Hypophysenerkrankungen. Die Operationsmethoden zur Freilegung der Hypophyse werden eingehend dargestellt und an Abbildungen erläutert. Was die Indikation zum chirurgischen Eingriff betrifft, so mahnt Verf. mit Recht zur Zurückhaltung. Bei der großen Gefahr der Operation und der relativen Gutartigkeit der in Frage kommenden Tumoren sollten nur die Sehstörungen und quälenden Kopfschmerzen den Anlaß zur Operation geben.

Krogius (286) schildert ausführlich einen sehr sorgfältig beobachteten Fall von Akromegalie, der sich bei einem Gelehrten seit seinem 20. Jahre entwickelte. Neben einer typischen Veränderung des äußeren Körpers traten oft wiederholte kleine Anfälle auf, die an epileptische Absensen erinnerten, und dazu fanden sich einige schwerere epileptiforme Anfälle und schwere Neuralgien, an der rechten Seite des Halses und der Gegend des rechten Auges lokalisiert. Symptome seitens der Augen selbst fehlten völlig, und ebenso ist bemerkenswert, daß die psychischen Leistungen bis zu dem Ende beinahe völlig unberührt blieben; noch während der letzten Jahre war der Kranke imstande, hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auszuführen. — Das Röntgenbild zeigte eine Erweiterung der Sella turcica und Zerstörung des Dorsum sellae. Operation 1910, ausgeführt nach der Methode des Verf., publiziert im Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 12; der Kranke war dann 31 Jahre alt. Inoperabler diffuser Hypophysistumor: Mors im Anschluß an der Operation. (*Sjövall.*)

Der von **Hartmann** (225) beschriebene Fall ist forensisch von Interesse, weil das Kind in dem Augenblick geboren wurde, als der Operateur die Zange anlegen wollte. Wäre die Zange angewendet worden, so hätte man vielleicht den Arzt eines Kunstfehlers beschuldigt. Die Mutter hatte ein verengtes Becken und berichtete, daß ihre sämtlichen Kinder mit Kopfverletzungen geboren seien. Die Kinder wurden vom Verf. untersucht, und bei dem zuletzt geborenen (bei der Untersuchung sechsjährigen) Mädchen fand sich tatsächlich eine tiefe Impression des linken Scheitelbeins. — Von großer Bedeutung ist die Frage, ob eine solche Geburtsverletzung mit einer durch äußere Gewalt entstandenen verwechselt werden kann. Die Entscheidung ist keineswegs leicht. In allen solchen Fällen muß natürlich das Becken der Mutter untersucht werden; doch ist zu bedenken, daß wohl auch bei normalem Becken, zumal bei großem Kopf, durch falsche Einstellung eine solche Verletzung zustande kommen kann.

Canestrini und **v. Saar** (98) sind bei einem Fall von vermeintlichem Hypophysentumor nach der Schlofferschen Methode vorgegangen und



glaubten, von der Keilbeinhöhe her eine Zyste bzw. einen Hydrozephalus des dritten Ventrikels eröffnet zu haben, wobei etwa 50—100 ccm Liquor abflossen. Der Patient erlag der Operation. Bei der Sektion fand sich ein Tumor über dem Oberwurm zwischen beiden Hinterhauptslappen, der die ganze Vierhügelgegend einnahm; die Seitenventrikel und der dritte Ventrikel waren stark erweitert. Außerdem zeigte Patient einen Status thymico-lymphaticus. Die Verff. beziehen den Tod auf die zu schnelle Entleerung der Flüssigkeit. Es ist zwar nicht zu bestreiten, daß bei spontanem Durchbruch der kontinuierliche Liquorabfluß durch die Nase beim Hydrozephalus zur Heilung führen kann, doch darf man nach Verff. eine spontane Etablierung des Abfuhrweges nicht mit der operativen Herstellung in Analogie setzen. Die sellare Trepanation sollte daher nur bei Hypophysenaffektionen oder bei Tumoren und Zysten an der Basis des dritten Ventrikels ausgeführt werden und nicht aus palliativer, sondern nur aus kausaler Indikation.

Nach **Schüller** (468) kann der von Canestrini und v. Saar (vgl. voriges Referat) falsch diagnostizierte und mit letalem Ausgang operierte Fall die Methode der sellaren Palliativtrepanation nicht diskreditieren, die übrigens nicht nach der Schlofferschen Methode, sondern endonasal (z. B. nach den Hirschschen Angaben) ausgeführt werden soll. Die Todesursache in dem erwähnten Fall ist nach Schüller nicht in zu schnellem Liquorabfluß, sondern möglicherweise im Status thymico-lymphaticus zu suchen.

Payr (395) hat die Ventrikeldränage in die Blutbahn mittels frei transplantierter Gefäße dadurch modifiziert, daß er eine präparierte und paraffinierte, mit einer menschlichen Vene überzogene Kalbsarterie in das Seiten- bzw. Unterhorn des Ventrikels einführt und dann durch eine kleine Trepanationsöffnung hindurch unter der Halshaut entlang führt, um sie in die Vena jugularis interna bzw. Vena facialis communis einzusenken. Es ist selbstverständlich, daß vor der Ausführung dieses Eingriffs das Vorhandensein eines Hydrozephalus im Seitenventrikel, die genaue Lokalisation und der Liquordruck sowie die Keimfreiheit des Liquors festgestellt wird. Die Vorzüge der Methode bestehen in der raschen Durchführbarkeit, in der Vermeidung des Blutverlustes und in einer verhältnismäßig einfachen Technik. Für die Wahl einer bestimmten Behandlung der Druckentlastung ist jedesmal eine sorgfältige Indikationsstellung erforderlich. Die Dränage in die Blutbahn erscheint z. B. bedenklich bei ganz kleinen elenden Kindern mit starkem Wasserkopf, wo mehrfache Ventrikel- oder Lumbalpunktion zweckmäßiger sein dürfte. Es ist also nach den bisherigen Erfahrungen die Ventrikeldränage, der Balkenstich, bzw. die wiederholten Ventrikelpunktionen individualisierend anzuwenden. Die Gefahren einer Venendränage sind zwar nicht zu leugnen, doch scheinen sie nicht sehr groß. Ein Einfließen von Blut in die Ventrikel ist niemals beobachtet worden. Das Offenbleiben der durch die Payrsche Methode geschaffenen Kommunikation ist autoptisch erwiesen; zur Thrombose kommt es nicht. Trotz der bisher recht bescheidenen Erfolge ermuntert die Payrsche Methode zu weiteren Versuchen.

Anton und **Bramann** (19) stellen die bekannten Methoden der Hirndruckentlastung zusammen und berichten über ihre weiteren Erfahrungen mit dem Balkenstich. Bemerkenswert ist, daß kein Todesfall durch die Operation zu verzeichnen war, und daß die Öffnung noch nach Monaten durchgängig gefunden wurde. Gelegentlich half der Balkenstich auch der Diagnostik, indem mit der Kanüle in den Ventrikeln der Tumor durch seine derbe, höckrige Resistenz getastet werden konnte. Als neue Operationsmethode schlagen die Verff. für geeignete Fälle die intraorbitale Eröffnung



der Sehnervenscheide vor, die beim Menschen sehr wohl möglich ist. Verwertbare Erfahrungen liegen darüber jedoch noch nicht vor.

Marimon (340) hat einen Fall von Hydrocephalus internus mit einer neuen Art chronischer Dauerdränage zwischen Ventrikel und den Lymphbahnen besonders der Parotis behandelt, unter Ausnutzung der Kapillarität der Seide. Die Operation wurde mit einer 14 cm langen, parabolischen kräftigen Nadel ausgeführt, mit der die Dura und das Zerebrum durchstochen und die Seidenfäden durch die Parotis hindurchgezogen werden. (*Bendix.*)

v. Hippel (240) hat bei sieben Fällen das weitere Schicksal der an Stauungspapille Erblindeten verfolgt und sucht damit zu zeigen, wie wichtig es ist, bei Hirndrucksymptomen und Störung der Sehkraft auf die Stauungspapille zu achten und die Palliativtrepanation ausführen zu lassen. (*Bendix.*)

v. Bramann (82) fand den Balkenstich von günstiger Wirkung bei Hydrozephalus und Stauungspapille und bei allgemeinen Hirndrucksymptomen, besonders Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen. Auch bei Turmschädel hat sich der Balkenstich als günstig erwiesen zur Beseitigung der Stauungspapille. Bei Epilepsie ist noch kein Erfolg mit dem Balkenstich erzielt worden. Der Eingriff ist relativ gefahrlos und hat vor der Dekompression den Vorzug, daß er keine großen Schädeldefekte verursacht. (*Bendix.*)

Bornhaupt (75) rät, bei Brückenwinkeltumoren früh zu operieren, und gibt an, wie dabei vorzugehen ist, um Nebenverletzungen zu vermeiden. Als Kontraindikation gibt er an das sogenannte Vagussymptom, respektive die beschleunigte, unregelmäßige Herztätigkeit. (*Bendix.*)

Lewandowsky (314) teilt zwei Fälle mit, die mit Trepanation günstig behandelt, respektive geheilt wurden; der erste Fall betraf einen Pseudotumor, vielleicht eine Hirnschwellung mit halbseitigen Störungen nach einem leichten Trauma des Kopfes. Bei der Trepanation fand sich aber weder ein Abszeß noch ein Tumor. Es trat aber vollständige Heilung seitdem ein. Der zweite Fall betrifft einen 20 jährigen Menschen, der einen Hufschlag gegen die rechte Kopfseite erhalten hatte, mit Bewußtlosigkeit, Blut aus Nase und Mund und später Schielen (Internusparese rechts). Wegen unerträglicher Kopfschmerzen wurde trepaniert, aber weder Verwachsungen noch Hämatombildung gefunden. Trotzdem vollständige Beseitigung des Kopfschmerzes. (*Bendix.*)

Der Fall, den **Cassirer** und **Mühsam** (102) mitteilen, betraf einen 22 jährigen Mann, der seit 6 Jahren Jacksonsche Anfälle des sensiblen Typus hatte. Die Anfälle gingen von der Hand aus, auch vom Gesicht und traten als Tastlähmung auf. Es wurde eine Erkrankung in der hinteren Zentralwindung angenommen. Die langsame Entwicklung sprach für einen langsam wachsenden Tumor. Es wurde ein handtellergroßer, angiomatöser Tumor bei der Trepanation entfernt. Nach der Operation bestand anfangs eine Hemiparese links, die sich aber schnell besserte. Die Jacksonschen Anfälle blieben fort; die Tastlähmung war aber nach der Operation nicht gebessert. (*Bendix.*)

Hirsch (242) hat 12 Operationen wegen Hypophysentumoren ausgeführt, 10 mal mit Erfolg, 2 mal mit letalem Ausgang. Unter den operierten Fällen sind solche von Akromegalie, Degeneratio adiposo-genitalis und Sehstörungen. In allen Fällen trat Besserung der krankhaften Erscheinungen durch die Operation ein. Die endonasale Operation ist in allen Fällen anwendbar, wo der Tumor die Sella turcica gegen die Keilbeinhöhle vorwölbt. Am günstigsten ist es, wenn der Tumor großenteils oder nur intrasellar sich entwickelt hat oder zystischer Natur ist. Bei vorwiegend intrakranieller Entwicklung des Tumors ist die Prognose ungünstig. (*Bendix.*)



Borchardt (71) gibt einen Überblick über die Symptomatologie und Diagnostik der Tumoren der hinteren Schädelgrube. In Übereinstimmung mit anderen Autoren betont er die Gefahren der Lumbalpunktion in derartigen Fällen, die höchstens bei geöffnetem Schädel gemacht werden sollte. Die Methodik der entsprechenden Operationen wird ausführlich besprochen und die Operationsresultate bei den verschiedenartigen Tumoren zusammengestellt. Eine besondere Betrachtung widmet Verf. noch der prognostisch relativ günstigen Meningitis serosa. Im ganzen sind zwar die Erfolge noch nicht sehr günstig, doch dürfte mit der Verbesserung der Technik die Gefahr der Operation allmählich geringer werden.

Leischner (304) berichtet über 10 Fälle von Akustikustumor und beleuchtet hauptsächlich die chirurgische Seite der Fälle. Von Interesse ist u. a., daß Verf. prophylaktisch vor der Operation Urotropin gibt, das antiseptische Wirkung in der Lumbalflüssigkeit entfalten soll. Nach experimentellen Untersuchungen sind Spuren von Formaldehyd schon nach kleinen Urotropindosen im Liquor nachweisbar; allerdings sind die Versuche nach dieser Richtung noch nicht abgeschlossen. Als weitere prophylaktische Maßregel wird Calcium lacticum vor der Operation gegeben, falls die vorher bestimmte Gerinnungsfähigkeit des Blutes verzögert war. Die Mortalität bei den operierten Kleinhirnbrückenwinkeltumoren beträgt 70%, doch können die Gefahren durch verbesserte Technik wohl noch etwas vermindert werden, zumal bei frühzeitiger Operation.

Axhausen (27) erörtert die Symptomatologie und Diagnostik der Rückenmarkstumoren, die, falls sie extramedullär gelegen sind, unter allen Umständen eine Operation erfordern; in zweifelhaften Fällen sollte eine Probelaminektomie vorgenommen werden. Die traumatischen Läsionen des Rückenmarks sind im allgemeinen der chirurgischen Behandlung nicht zugänglich. Auch die kariösen Prozesse der Wirbelsäule bieten keine sehr gute Aussicht; immerhin ist bei der sonst schlechten Prognose dieser Krankheit wohl der Versuch eines chirurgischen Eingriffs gestattet. Einige kurze Bemerkungen widmet Verf. weiterhin noch den Foersterschen Operationen.

Was die Verletzungen der Wirbelsäule betrifft, so rät **Nast-Kolb** (381) zur operativen Behandlung nur bei Wirbelfrakturen mit partiellen Lähmungen, falls in 6—8 Wochen keine Besserung erfolgt, ferner bei isolierten Bogenfrakturen mit Spinalerscheinungen, die sich nicht bald bessern, und bei isolierten Wirbelfortsatzfrakturen, die dauernde Schmerzen oder Bewegungsstörungen bzw. erhebliche Erwerbsbeschränkung zur Folge haben. Was die Schuß- und Stichverletzungen betrifft, so sollten die Indikationen zum Eingriff möglichst strenge sein. Die Spondylitis tuberculosa ist zunächst jedenfalls konservativ zu behandeln; eine Reihe von Fällen scheint allerdings auch der operativen Behandlung zugänglich. Dagegen ist die Osteomyelitis auf jeden Fall operativ zu behandeln. Tumoren sind — da meist metastatisch — nur in den seltensten Fällen anzugreifen, allenfalls kann ein Operationsversuch bei Echinokokkus gemacht werden.

In dem von **Brun** (93) mitgeteilten Falle gelang die Entfernung eines unter der Pia im Dorsalmark gelegenen Tumors, der nach der histologischen Diagnose sich als ein Gliom oder als eine Mißbildung resp. als eine Kombination von beiden erwies. Der Patient starb einige Wochen nach der Operation. Die Autopsie ergab eitrige Meningitis, und außerdem zeigte das Rückenmark neben dem exstirpierten Tumor noch einen kleinen gliomatösen Herd im vierten Dorsalsegment. Ferner mußte aus den Degenerationsbefunden noch ein höherer Herd angenommen werden (unvollständige Autopsie!). Im Anschluß an die Beschreibung des Falles gibt Verf. Vor-



schriften über die Operationstechnik, speziell legt er großen Wert auf die direkte Palpation mit dem Finger, die auch in diesem Falle einzig und allein die Feststellung des Tumors gestattete.

Hildebrand (238) berichtet über seine an 48 Laminektomien bei 46 Kranken gewonnenen Erfahrungen. Was die Verletzungen betrifft, so sind von zehn operierten Patienten vier bald nach der Operation gestorben; bemerkenswerterweise war dreimal die Halswirbelsäule betroffen. Von den zehn wegen Tuberkulose operierten Patienten starb keiner. Von Tumorfällen (20) sind vier gestorben (darunter 2 inoperable Fälle!). Im Anschluß an die Vornahme der Wurzeldurchschneidung (7 Fälle) ist ein Todesfall zu verzeichnen gewesen. Im ganzen ist demnach das Resultat verhältnismäßig günstig in Rücksicht darauf, daß es sich meist um schwere und sonst aussichtslose Krankheiten handelt.

Kato (267) stellt die in der Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle zusammen und berichtet im Anschluß daran über eine Beobachtung der Göttinger Klinik. Nach der ersten Operation im Jahre 1901 trat zunächst ziemlich erhebliche Besserung ein, doch zeigte sich einige Jahre später ein Rezidiv, das im Dezember 1903 abermals operiert wurde. Auch nach der zweiten Operation trat eine deutliche Besserung ein, bis Patient im August 1907 an einer komplizierenden Erkrankung starb. Verf. glaubt, daß bei frühzeitiger Operation auch die malignen Rückenmarkstumoren eine leidliche Aussicht auf Erfolg bieten; ob allerdings eine dauernde Heilung in den bisher bekannt gewordenen Fällen erzielt wurde, ist noch ungewiß.

Guleke (215) befürwortet nochmals die von ihm angegebene Modifikation der extraduralen Wurzeldurchschneidung (vgl. den letzten Jahrgang des Jahresberichts), wodurch der Liquorabfluß vermieden bzw. eingeschränkt wird. Therapeutisch leistet die Methode dasselbe, wie die ursprüngliche Foerstersche Operation. Was die Zahl der zu durchschneidenden Wurzeln betrifft, so sollte prinzipiell die 7. bis 11. Wurzel beiderseits durchschnitten werden. Die Beurteilung der vom Verf. mitgeteilten Fälle ist bei einiger Skepsis sehr schwierig, weil Komplikationen durch Morphinismus usw. vorlagen. Im ganzen war zwar der unmittelbare Erfolg eklatant, eine Besserung unverkennbar, doch traten späterhin mehrfach intestinale Krisen auf.

Kryński und **Kopczyński** (288) besprechen einen Fall von Tabes dorsalis, welcher wegen der gastrischen Krisen mit der Methode Mingazzini-Förster (Guleckesche Modifikation) operiert worden war. Es handelt sich um einen 32jährigen Tabetiker, welcher vor 7 Jahren Lues akquirierte und keine spezifische Behandlung durchgemacht hat. Seit 2 Jahren vorübergehende Diplopie und außerordentlich heftige gastrische Krisen. Weder die spezifische Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan, noch die Stovainisation und Kokainisation des Rückenmarks brachten einen Erfolg. Bei der objektiven Untersuchung fand sich Argyl-Robertsonsches Symptom und eine leichte Anästhesiezone im Bereich der 3. und 4. Dorsalwurzeln. Bei der Operation, welche nach der Guleckeschen Modifikation ausgeführt worden ist, wurden 4 Wirbelbogen reseziert und außerdem 7., 8., 9. und 10. Dorsalwurzeln beiderseits teilweise extradural durchgeschnitten. Nach der Operation trat eine vorübergehende Parese der Muskeln der beiden Oberschenkel und Oberarme, Anästhesie für sämtliche Gefühlsqualitäten im Bereich der VII.—IX. Dorsalwurzeln links und der rechten IX. ein. Exitus am 15. Tage nach der Operation bei Symptomen einer hypostatischen Pneumonie. Bei der Autopsie stellte man mit der Marchischen Methode Degeneration der 4. Dorsalwurzeln links und der IX. Wurzeln rechts fest, die VII., VIII. und X. Wurzeln rechts waren normal; es waren wahrscheinlich



statt der hinteren die vorderen motorischen Wurzeln durchgeschnitten. Die Verf. heben die Vorteile des extraduralen Eingriffes und gleichzeitig seine technische Schwierigkeit hervor. (*Sterling.*)

Becker (48) berichtet über einen Fall von Tabes mit gastrischen Krisen, bei dem der Operationserfolg in bezug auf die Krisen ein vollkommener war; allerdings trat eine schmerzhafte Lähmung beider Beine und der Blase ein, die erst nach 12 Wochen zurückging. (Zur Beurteilung des Falles reichen leider die Angaben des Verf.s nicht aus. Weder über die Dauer, noch über die Häufigkeit der Krisen wird etwas erwähnt; ebenso fehlt eine Angabe über die Dauer der postoperativen Beobachtung.)

Stiefler (497) berichtet über einen erfolgreich operierten Fall von Littlescher Krankheit und im Anschluß daran über einen Fall von Tabes mit unerträglichen neuralgiformen Gürtelschmerzen. Der Tabiker ist von seinen Schmerzen befreit worden, starb aber infolge einer Komplikation mehrere Tage nach der Operation.

Zinn (563) teilt eine Beobachtung mit, bei der nach Resektion der 5. bis 10. Dorsalwurzel mit einem Schlage ein schwerer Status criticus beseitigt wurde und die Krisen 5 Monate lang ausblieben. Dann traten sie wieder auf, aber kürzer und milder als früher. Wahrscheinlich sind noch nicht genügend Wurzeln entfernt worden.

Wilms und **Kolb** (557) empfehlen, bei spastischen Zuständen die Wurzeldurchschneidung nicht am Austritt aus dem Rückenmarkskanal, sondern am Conus medullaris auszuführen. Die Operation, deren Technik die Verff. genau schildern, wird dadurch entschieden vereinfacht.

Doerr (141) gibt einen kurzen Überblick über die mit der Foersterschen Operation bisher erzielten Erfolge, die das letzte und bis jetzt wirksamste Mittel bei lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen darstellt. Das Verdienst, als erster auf die Operation aufmerksam gemacht zu haben, gebührt nach dem Verf. nicht Foerster, sondern Mingazzini.

Foerster (179) bestreitet, daß Mingazzini als erster die Wurzelresektion in demselben Sinne wie er vorgeschlagen habe (vgl. das vorige Referat.) Mingazzini wollte sie nur gegen lanzinierende Schmerzen angewandt wissen, während Foerster ihr die beiden neuen Indikationsgebiete der gastrischen Krisen und der Littleschen Krankheit erschlossen habe. Verf. setzt nochmals seine theoretischen Deduktionen auseinander und berichtet über die bisher bekannt gewordenen operierten 28 Fälle. 3 Kranke sind an den unmittelbaren Folgen der Operation gestorben. Bei den restierenden 25 Fällen ist zweimal ein negativer Erfolg bzw. eine Verschlimmerung zu verzeichnen; in den übrigen 23 Fällen wird übereinstimmend das prompte Sistieren der Krisen berichtet. In einigen Fällen blieb der Erfolg auch ein dauernder, doch ist die Beobachtung z. T. noch recht kurz. Daß das Resultat vielfach nicht vollkommen ist, liegt nach Verf. an der unzulänglichen Ausführung der Operation, wobei entweder zu wenig Wurzeln entfernt sind oder die einzelnen Wurzeln nicht radikal genug. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß eine Reihe von Krisen vielleicht durch den Vagus oder durch Reizung des Brechzentrums selbst entstehen, besonders scheint diese Annahme für die schmerzlosen Krisen zuzutreffen. Die gelegentlich beobachteten Nebenerscheinungen, Blasenlähmung, Paraplegie usw. sind in bezug auf ihre Entstehung noch keineswegs erklärt. Jedenfalls sollten mit Rücksicht auf die Größe des Eingriffs nur schwerste Fälle operiert werden, in denen das Leben bedroht wird und jede andere Therapie versagt hat.



Exner (168) erzielte durch Resektion von 3 Dorsalwurzeln bei gastrischen Krisen einen Erfolg derart, daß das Erbrechen weiter bestand, während die dazugehörigen Schmerzen fast ganz verschwanden. Er meint daher, daß wenigstens in einem Teil der Fälle die Entstehung der gastrischen Krisen eine derartige ist, daß zuerst das vom Vagus ausgelöste Erbrechen auftritt, und daß dann erst die Schmerzen auf dem Wege der hinteren Wurzeln perzipiert werden (vgl. auch das vorige Referat). Unter dieser Voraussetzung könnte man einen vollen Erfolg nur durch die Resektion beider Vagi erzielen, die natürlich subdiaphragmatisch sein müßte. Da nach Tierversuchen und auch nach Erfahrungen bei Operationen am Menschen dieser Eingriff wohl möglich ist, ohne wesentliche Schädigungen zu hinterlassen, machte Verf. einen entsprechenden Versuch: er durchschnitt beide Vagi an der Kardia, resezierte ein 1 cm langes Stück, und zur Vermeidung von Komplikationen (Pylorusspasmus und Atonie) führte er eine Gastrostomie aus und legte ein gelochtes Drän durch den Pylorus ins Duodenum. Die Operation wurde in zwei Fällen ausgeführt und hatte zur Folge, daß im ersten Fall die Krisen bis ca. 2 Monate nach der Operation nicht wiederkehrten. Der zweite Patient erlag der Operation nach etwa 20 Tagen. Im ersten Falle wurde eine Motilitätsstörung des Magens mäßigen Grades beobachtet, im zweiten Falle eine deutliche Atonie (in dem letzteren Falle war allerdings das Gastrostomieröhrchen nicht in das Duodenum eingeführt worden). Die histologische Untersuchung der exzidierten Vagusstückchen lehrte, daß in den beiden Fällen die Nerven schwer erkrankt waren, und zwar im ersten Falle stärker; dementsprechend war auch der Erfolg ein eklatanterer. Ein nennenswerter Schaden ist durch den Verlust der Vagi in Fall I nicht entstanden, während in Fall II der Wegfall der weniger schwer erkrankten Nerven unzweifelhaft eine schwere Atonie hervorrief. Bezüglich der Krisen war in Fall I der Erfolg einigermaßen zufriedenstellend. Im zweiten Falle ist nach der Operation nur einmal noch Erbrechen aufgetreten, doch reicht die weitere Beobachtung zur definitiven Beurteilung nicht recht aus.

Wenn auch eine Schlußfolgerung im ganzen noch sehr verfrüht ist, so schlägt Verf. doch für geeignete Fälle den Versuch einer subdiaphragmatischen Vagusresektion (mit den oben geschilderten Vorsichtsmaßregeln zur Vermeidung von schädlichen Nebenerscheinungen) vor. Die Operation ist weniger gefährlich als die Foerstersche und scheint geeignet, mit ihr zu konkurrieren.

Schaffer (461) demonstriert einen Kranken, bei welchem er wegen des hochgradigen linksseitigen Hemispasmus eine Foerstersche Operation vornehmen ließ, jedoch ohne einen wesentlichen Erfolg. Der Kranke wurde schon am 20. Nov. 1910 in der neurologischen und psychiatrischen Sektion vor der Operation demonstriert. Bei der Operation wurden die hinteren V., VI., VIII. C.- u. I. D.-Wurzeln reseziert. In diesem Falle war es auffallend, daß nach der Operation an der spastischen Seite gar keine Veränderung eingetreten war, abgesehen von einer geringen Schlaffheit der Finger, welche sich aber in einigen Tagen zurückbildete, so daß einen Monat nach der Operation in der oberen Extremität derselbe Spasmus deutlicher war als vorher. Schaffer, den Grund des schlechten Erfolges suchend, weist auf zwei Quellen hin: entweder war die Zahl der resezierten Wurzeln ungenügend, oder es ist die pathologische zentrale Ursache so groß, daß die Resektion der Hinterwurzeln diese Ursache zu paralysieren unfähig ist. Die erste Möglichkeit fällt aber weg, wenn man bedenkt, daß dort, wo die Foersteroperation von Erfolg war, vollkommene Schlaffheit an



die Stelle der Spasmen trat, welche Erscheinung in diesem Falle nur in sehr geringem Maße und nur vorübergehend feststellbar war; so scheint die zweite Möglichkeit viel wahrscheinlicher als Ursache der Erfolglosigkeit zu sein, nämlich daß das Überwiegen des zentralen Reizes, mag die Resektion der Hinterwurzel noch so ausgedehnt sein, die Erschlaffung der Muskeln nicht erlaubt. Schaffer weist noch darauf hin, daß vor der Operation dieses Überwiegen des Hemispasmus nicht feststellbar war, so daß die Foersteroperation in diesem Falle a limine nicht abzulehnen war. Es scheint daher, daß die Hemispasmen auf hemiplegischer Basis nicht das Feld der Foersteroperationen seien; von der in den 3 Fällen von Hemiplegie angewendeten Radiktomie wurde in einem Falle schwacher Erfolg erzielt, der zweite Fall ist gestorben, und der dritte blieb erfolglos. *(Hudovernig.)*

Röpke (436) berichtet über einen Fall von operiertem intramedullärem Rückenmarkstumor, der interessante Momente hinsichtlich der Zerebrospinalflüssigkeit für die Diagnose dieser Tumoren ergab. Es handelte sich um einen 20 jährigen Bäcker mit langsam fortschreitender Lähmung, spastischer Natur, der Beine und Sensibilitätsstörungen vom Nabel abwärts; Blasen- und Mastdarmstörungen. Röpke hebt in seinem Resümee hervor, daß abgekapselte intramedulläre Rückenmarkstumoren durch Spaltung in der Mittellinie der Rückenmarkssubstanz und vorsichtige Herausschälung ohne Schaden entfernt werden können. Der hohe Eiweißgehalt und die Gelbfärbung des Liquor bei geringer oder fehlender Zellvermehrung sind in Zusammenhang mit den klinischen Erscheinungen für die Differentialdiagnose zwischen Rückenmarkstumor, multipler Sklerose und Rückenmarkslues von großer Bedeutung. Der längere Zeit nach der Operation nachgewiesene Normalbefund des Liquor ist ein Beweis für die erfolgreiche, radikale Entfernung der Tumoren. Über das Maximum des Normalwertes hinausgehender Eiweißgehalt resp. Gerinnungsfähigkeit und Gelbfärbung des Liquors stehen in engster Beziehung zueinander; sie sind durch die Zirkulationsstörung der Rückenmarksflüssigkeit durch den raumbeengenden Tumor bedingt. *(Bendix.)*

Schüßler (472) glaubt, daß es keine Tabes lumbalis gibt ohne gleichzeitige Perineuritis der Ischiadici, und daß die Schmerzen der Tabiker von den Perineuritiden herrühren und „Reflexneurosen" seien, die von den Nervi nervorum des erkrankten Neurilemms ausgelöst werden. Er empfiehlt deshalb die Neurolysis. *(Bendix.)*

Bornhaupt (74) hat bei einer sehr verzweifelten multiplen Sklerose und bei einem sehr schweren Fall tabischer Magenkrisen nach Foerster operiert. Der erste Fall besserte sich nach der Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln erheblich, der zweite ging 14 Tage nach der Operation an eitriger Zystitis zugrunde. Zur Foersterschen Operation eignen sich am besten Fälle von Littlescher Krankheit und kindlicher Hemiplegie bei sorgfältiger orthopädischer Nachbehandlung. *(Bendix.)*

Stern (494) fordert zur Nachprüfung der Klappschen Operation bei der ankylosierenden Wirbelsäulen- und Thoraxversteifung auf und teilt einen Fall mit, der durch die subperiostale Resektion von Rippenknorpel bedeutend gebessert wurde. *(Bendix.)*

Bei einem Musketier, der an heftigen Kopfschmerzen mit Nackensteifigkeit erkrankte unter Fiebererscheinungen, führte **Spiller** (491) die Lumbalpunktion aus und sah plötzlichen Exitus eintreten. Als Todesursache wurde eine Blutung aus einer geborstenen Schlagadergeschwulst an der Gehirnbasis von Kirschkerngröße gefunden. *(Bendix.)*

Der Fall von Stichverletzung des Rückenmarks, den **Jonasz** (263a) mitteilt, hatte eine Brown-Séquardsche Lähmung zur Folge. Die Stich-

wunde lag am Rücken in der Höhe des vierten Brustwirbels in der Mitte über dem Dornfortsatz. Das Krankheitsbild bestand in einer Parese des linken Beins, Hyperästhesie für Berührungsreize am linken Oberschenkel, der linken Bauch- und Lendengegend. Steigerung der Sehnenreflexe im Gebiet der paretischen Extremität, lebhafter Patellar- und Fußklonus links, auch spontan auftretend. Babinski links. Bauchdeckenreflex links fehlend. Spastische Starre der Muskulatur der paretischen Extremität. Vollständige Anästhesie und Analgesie der rechten unteren Extremität nach oben bis zur Nabelhöhe, nach links bis zur Mittellinie des Körpers reichend; Temperatursinn fehlt. (*Bendix.*)

Der von **Lawatschek** (296a) mitgeteilte Fall von Hämatomyelie bei einem Neugeborenen konnte während seiner ganzen Lebensdauer von vier Monaten beobachtet werden. Entbindung durch Wendung und Extraktion. Schon vom ersten Tage wurde eine schlaffe Lähmung der Beine und Fazialisparese links bemerkt, die Reflexe fehlten. Sensibilitätsstörung bis zum Nabel und mittleren Drittel der Wirbelsäule. Es wurde eine ausgedehnte Hämatomyelie besonders des Lumbalmarks gefunden. (*Bendix.*)

Die Operation wurde von **Stoffel** (503) bei der zerebralen Hemiplegie und der zerebralen Diplegie zur Beseitigung der spastischen Kontrakturen mit Erfolg angewandt. Um die das Muskelgleichgewicht störende Spannung der spastischen Muskeln zu beseitigen, greift Verfasser den motorischen Teil des Reflexbogens, und zwar den motorischen Nerven selbst an.

Er geht von folgenden Erwägungen aus: Der Muskel ist kein einheitliches Gebilde, sondern die Summe vieler einzelner Muskelkomplexe, von denen jeder von einem Zweige des motorischen Nerven versorgt wird. Die Gesamtenergie des Muskels stellt die Summe der Leistungen dieser Komplexe dar. Will man diese Gesamtenergie vermindern, so muß man die Summe der Leistungen verkleinern, also die Zahl der tätigen Muskelkomplexe reduzieren. Dies erreicht man durch Resektion der motorischen Nervenfasern einiger Komplexe, und zwar führt man die Resektion an verschiedenen Stellen der motorischen Nervenbahn aus: an den Endzweigen des betreffenden Muskelastes, an dem Muskelast selbst oder an dem betreffenden großen Extremitätennerven, je nach den anatomischen Verhältnissen. Bei dem letztgenannten Vorgehen sind genaue Kenntnisse über die von Stoffel entdeckte und ausgearbeitete Topographie des Nerveninnern von großer Wichtigkeit.

Nach der Operation sind die Muskelbezirke, die den durchschnittenen Nervenfasern entsprechen, paralytisch, die anderen Muskelkomplexe bleiben nach wie vor spastisch. Ihr Spasmus kann aber nach außen nicht mehr zur Geltung gelangen, weil er nicht mehr hinreicht, den Antagonisten zu übertönen. Auf der anderen Seite bieten die erhalten gebliebenen spastischen Muskelbezirke die Garantie dafür, daß der Muskel seiner Funktion nicht beraubt ist. Stoffel will den spastischen Muskel schädigen, aber nur so weit, daß er das Muskelgleichgewicht nicht mehr stören kann; seine Funktion bleibt erhalten.

Im zweiten Akt der Behandlung werden die Antagonisten des operierten Muskels durch Übungen, Massage usw. gekräftigt.

Mithin baut sich der ganze Behandlungplan auf aus der Schädigung des spastisch-kontrakturierten Muskels durch die Operation und der Kräftigung der Antagonisten durch die Nachbehandlung.

Unbedingt erforderlich ist die exakte Dosierung bei der partiellen Resektion der motorischen Nervenbahn; sie ist bei subtiler Technik sehr



gut zu erreichen, wenn man die Größe der Kontraktur und die anatomischen und physiologischen Verhältnisse des spastischen Muskels, seiner Synergisten und Antagonisten wohl erwägt.

Die Operation führte Staffer bei 12 Kindern aus, und zwar handelte es sich um spastische Kontrakturen: 12 mal des M. triceps surae, je 6 mal der Adduktoren des Oberschenkels, der Pronatoren und Flexoren der Hand, je 3 mal der Zehenbeuger und der Kniebeuger, je 1 mal der Fingerbeuger, des M. quadriceps femoris, der Mm. tibiales anticus et posticus.

Die Resultate waren in allen Fällen gut und immer schon wenige Stunden nach der Operation erkennbar. Die Kontrakturen waren beseitigt. Besonders bei der Behandlung der Spasmen der oberen Extremität, für die es bisher keine einigermaßen zuverlässige Behandlungsmethode gab, erzielte Staffer durch seine Operation günstige Resultate.

Als besondere Vorzüge der Operation seien der geringe Eingriff und der rasche Erfolg erwähnt.

Zur Ausführung der Operation sind gründliche anatomische Kenntnisse über die innere und äußere Topographie des Nerven unbedingt erforderlich und ebenso eine subtile Technik. (*Autoreferat.*)

Hirschel (245) schildert die Technik der Plexusanästhesierung an den Armen mit 2%iger Novokainlösung; unter völliger Anästhesie des ganzen Armes konnte Verfasser in drei Fällen größere Operationen ausführen.

Kulenkampff (290) empfiehlt die Anästhesierung des Armes durch Injektion von Novokain-Suprarenin, die er an 25 Fällen ausprobiert hat. Diese Anästhesie ist ungefährlich, bei einiger Übung leicht auszuführen und eignet sich für alle Operationen an der oberen Extremität, so daß die Narkose für operative Eingriffe am Arm nahezu überflüssig geworden ist.

Auf Grund ihrer Versuche an Kaninchen kommen **Läwen** und **Gaza** (297 u. 300) zu dem Schluß, daß die Dosis Novokain, die intradural den Tod des Tieres herbeiführt, bei extraduraler Applikation nur vorübergehende Störungen veranlaßt; bei intramuskulärer Injektion liegt die toxisch wirkende Dosis noch höher. Die Nebenwirkungen bei der extraduralen Injektion beruhen auf zu rascher Resorption und lassen sich durch möglichst langsames Einspritzen vermeiden.

Schlimpert (462) schildert die keineswegs leichte Technik der hohen Anästhesie, durch die man eine gute Anästhesie mit Erschlaffung der Bauchdecken erreichen will, wie bei einer gelungenen Lumbalanästhesie. Der Vorzug der Methode gegenüber der Lumbalanästhesie liegt weniger in dem Fehlen von Versagern als in dem Ausbleiben von unangenehmen Neben- und Nachwirkungen, die bekanntlich bei der Lumbalanästhesie außerordentlich störend sein können. Übrigens ist die Zeit noch zu kurz, um ein bindendes Urteil über die extradurale Anästhesie abzugeben.

Frühwald (198) hat an 42 Patienten 48 mal die extradurale Anästhesie nach der von Läwen gegebenen Vorschrift angewendet. In 32 Fällen gelang es, eine Anästhesie zu erzielen, in 5 Fällen konnte die Injektion nicht vorgenommen werden, zweimal gelang die Nadeleinführung nicht, und 8 mal ist eine Anästhesie nicht zustande gekommen. In den gelungenen Fällen wurden Phimosenoperationen ausgeführt, spitze Kondylome entfernt, Sklerosen exzidiert usw., kurz, ziemlich alle vorkommenden Operationen an After und Genitalien venerisch kranker Männer. Schwere Schädigungen sind kaum beobachtet; einen Kollaps führt Verfasser auf zu rasche Injektion zurück. Jedenfalls ist die extradurale Anästhesie bei den geschilderten Operationen mit Vorteil anwendbar, wenn ungeeignete Fälle ausgeschlossen werden und die — nicht leichte — Technik gut ist.



Bircher (59) teilt zwei Fälle von Trigeminusneuralgie mit, die durch die Exstirpation des Ganglion Gasseri nach Krause geheilt wurden. Als Kontraindikation führt Bircher die Arteriosklerose an, die die Blutung vermehrt und Gefahr von apoplektischen Insulten befördert. (*Bendix.*)

Albrecht (8) spricht sich gegen die Jongesche operative Heufieberbehandlung aus und hält die doppelseitige Resektion des N. ethmoidalis anterior für einen Eingriff, der auf unsicheren anatomischen und physiologischen Voraussetzungen basiert, und dessen unsicherer therapeutischer Erfolg durch die Möglichkeit operativer Nebenschädigungen noch mehr an Wert verliert. (*Bendix.*)

Pussep (415) empfiehlt, bei Exstirpation des Ganglion Gasseri eine Beleuchtung der Wundhöhle mit einem Zystoskop vorzunehmen, weil sonst die vollständige Entfernung nicht immer ausführbar ist. Eine gewaltsame Dehnung der Wunde wird auf diese Weise vermieden und die Operation erleichtert.

Rydygier (447) beschreibt zwei Fälle von Exstirpation des Ganglion Gasseri, welche er im ersten Falle nach Krause, im zweiten nach Kocher-Cushing ausgeführt hat. In den beiden Fällen war der Erfolg gut. (*Sterling.*)

Walther (542) hat bei einer Ziege den durchtrennten Nervus suprascapularis der einen Seite mit dem der andern Seite so vereinigt, daß die Funktion und die elektrische Erregbarkeit hergestellt wurde, und daß auch histologisch eine Wiedervereinigung der nervösen Substanz, wenigstens etwa für die Hälfte der Fasern, nachgewiesen werden konnte.

Lange (294) beschreibt die Technik der Sehnenverpflanzung und ihre Indikationen. Im wesentlichen kommen schlaffe Lähmungen dafür in Frage; für die spastischen Zustände ist eine Indikationsstellung zurzeit noch nicht möglich. Die Operationen an den einzelnen Gliedmaßen werden systematisch besprochen.

Böcker (68) empfiehlt, für paralytische Klumpfüße zunächst den Erfolg der Sehnenentspannung abzuwarten und erst späterhin, falls noch erforderlich, die Transplantation anzuschließen.

Die Nervenplastik hat nach **Bade** (31) für die Behandlung der spinalen Kinderlähmung keine Zukunft, doch scheint sie für Fälle von nicht allzu hochgradiger zerebraler Lähmung anwendbar zu sein.

Der von **Meyer** (363) beobachtete kleine Patient ist durch die Operation so wesentlich gebessert, daß er mit einer Krücke aufrecht gehen und Treppen steigen kann, während er vorher die Hände zum Gehen benutzte und die unteren Extremitäten nachzog.

Helbing (231) gibt einen kurzen Abriß über die orthopädischen Behandlungsmethoden bei der spinalen Kinderlähmung und der Entbindungslähmung. Spastische Lähmungen werden durch Wurzelresektion günstig beeinflußt. Zum Schluß befürwortet Verfasser die Anfertigung von Stützapparaten für die Arthropathie und für die schwer ataktischen Zustände bei Tabikern. Es ist ihm durch Kombination eines Stützkorsetts mit zwei Schienenhülsenapparaten gelungen, einen bis dahin dauernd bettlägerigen Kranken wieder auf die Beine zu bringen, so daß er sich im Hause allein fortbewegen konnte.

Stoffel (501) wendet sich gegen die bisherige Art der Nervenüberpflanzung, bei der planlos aus einem Nervenstamm ein beliebiger „Lappen" abgespaltet und an einer beliebigen Stelle eines andern Nerven implantiert wurde. Er wies durch klinische Experimente und anatomische Untersuchungen nach, daß die verschiedenen Querschnitte des Nerven verschiedene Wertigkeit



haben. Die anatomischen Untersuchungen machte er an Leichen, deren Nerven durch Salpetersäureeinwirkung mazeriert worden waren; er faserte die Nerven durch stumpfes Vorgehen auf und konnte die Nervenäste auf weite Strecken hin, am Arm mitunter bis in dem Plexus brachialis hinein isolieren. Er stellte so das jedem Nervenast zukommende Areal an den verschiedenen Querschnittsstellen fest und erhielt ein vollständiges Querschnittsbild des Nervenstammes. Er kommt daher zu weitgehender Modifikation des Begriffes „Nervenstamm“; dieser ist nicht mehr als eine Einheit aufzufassen, sondern er stellt die Summe der auf ihrem Wege vom Rückenmark zur Peripherie lose zusammengehaltenen Zweige der Nn. spinales dar. Da nun diese Zweige öfters durch Anastomosen miteinander verbunden sind, so spricht Verfasser von einem „inneren Plexus“ des Nervenstammes. Er untersuchte nach dieser Methode an der oberen Extremität die Nn. radialis, medianus, ulnaris an der unteren Extremität die Nn. femoralis, peronaenus, tibialis. Er stellt nun die Forderung auf, bei der Nervenüberpflanzung der natürlichen Struktur des Nerven weitgehend Rechnung zu tragen, da nur so eine rationelle Nervenplastik zu erreichen ist.

Nach den durch seine Untersuchungen gewonnenen Grundsätzen für ein rationelles Operationsverfahren führte Verfasser Überpflanzungen am N. axillaris aus. Es handelt sich in allen Fällen um Kinder mit poliomyelitischer Lähmung des M. deltoides, mit der zugleich Lähmungen verschiedener anderer Muskeln vorhanden waren. Im 1. Fall verpflanzte Verf. den abgeschnittenen N. axillaris in einen an der Volarseite des N. ulnaris gelegten Schnitt und implantierte gleichzeitig den gelähmten N. musculocutaneus in den N. medianus. Bei dem 2. Patienten nähte er ein abgeschnittenes Stück des gesunden N. medianus in einen Schlitz des N. axillaris, und zwar zentral von der Teilung des Nerven in seine zwei Stämme, die Verfasser bei seinen Untersuchungen festgestellt hatte. Im 3. Fall zog er die ulnare Hälfte des lebenskräftigen N. medianus von hinten her durch einen Schlitz des N. axillaris und versenkte ihr freies Ende in einen zweiten oberflächlichen Schlitz des Nerven und vernähte es. Im 4. Falle suchte er die das Caput longum innervierende Bahn — den einzigen verfügbaren Nerven, da alle andern nicht ganz frei von Schädigungen waren — im N. radialis auf und implantierte sie in derselben Weise wie in dem vorhergehenden Falle. Nach der Operation wurde der Arm in 90° Abduktion 14 Tage lang fixiert; dann folgte eine gründliche Nachbehandlung mit täglicher Massage, Elektrisieren, Übungen, Bädern. Im 1. Fall war der Erfolg der Axillarisplastik vollkommen negativ, während der M. biceps etwas kontrahiert werden konnte. Die Gründe für diesen Mißerfolg findet Verfasser einmal in der Kürze des N. axillaris und der durch sie bedingten Spannung nach der Transplantation, die hemmend auf die Neurotisierung einwirkte und ferner in der Wahl des Okulierschnittes; dieser wurde — die Operation wurde vor den genannten Untersuchungen ausgeführt — an eine Stelle gelegt, die keine motorischen Bahnen enthält. Die 3 anderen Fälle zeigten gute Erfolge. Im 2. Falle nämlich konnte das Kind den Arm nach vorn bis zu einem Winkel von 90° und darüber hinaus, nach der anderen Seite bis 50—55° erheben, die Hand zum Munde führen, sie auf den Kopf legen; dabei fühlte man ein deutliches Anspannen des M. deltoides, der viel voluminöser geworden war. Das 3. Kind konnte nach 2 Monaten den Arm vorwärts bis zum rechten Winkel und höher, seitwärts bis 80—90° erheben, und nach weiterem 1/2 Jahr erhob es den Arm über die Horizontale hinaus. Im 4. Fall war acht Wochen nach der Operation ebenfalls schon ein gutes Resultat zu verzeichnen.



Der Arbeit sind 20 Figuren beigegeben. (*Autoreferat.*)



Lähmungen der Glutaealmuskulatur verursachen nach **Stoffel** (502) ein schweres Krüppeltum; die aufrechte Haltung wird erschwert oder unmöglich gemacht, der Gang wird hinkend, watschelnd, oder das Gehen ist überhaupt unmöglich. Der von verschiedenen Seiten versuchte Ersatz speziell des M. glutaeus maximus durch Muskelüberpflanzung hat keine befriedigenden Resultate gezeitigt und ist zudem eine äußerst eingreifende Operation. Da Verf. nur dreimal bei 4 Nervenüberpflanzungen am M. deltoides, dem „Glutaeus des Oberarmes", gute Resultate erzielte, so versuchte er auch, die gelähmte Glutaealmuskulatur auf diesem Wege funktionstüchtig zu machen. Der Operation wurden anatomische Untersuchungen vorausgeschickt, die die Topographie des Querschnittes des N. ischiadicus festlegten. An mehreren Bildern werden die Auffaserung des Nerven und seine Querschnittsverhältnisse gezeigt.

Bei der Überpflanzung der Nn. glutaei kann man sich nur der aufsteigenden Methode bedienen, da sowohl der N. glutaeus inferior als auch der superior bis in den Plexus in mehrere Äste zersplittert sind.

Das Kind, bei dem Verf. die Transplantation des N. glutaeus inferior ausführte, zeigte eine nahezu totale Lähmung des rechten Beines. Nur die Fasern für den M. extensor digitorum und hallucis longus waren gut erhalten, die der Peroneen weniger gut. In diese Bahnen wurde der N. glutaeus inferior, der weder faradisch noch galvanisch erregbar war, verpflanzt. Nach 8 Wochen war unzweifelhaft eine Zunahme des Volumens und der Konsistenz der rechten Gesäßgegend zu konstatieren; auch konnte das Kind den M. glutaeus maximus aktiv eine Spur kontrahieren. Ein Endresultat lag natürlich noch nicht vor.

Zur Technik der Überpflanzung ist zu erwähnen, daß Verf. durch einen „neuralen Okulierquerschnitt" den Querschnitt des gelähmten Nerven mit den angefrischten gesunden Nervenbahnen in Kontakt brachte und durch einen „interstitiellen Fixierungslängsschnitt" den gelähmten Nerven in den gesunden einbettete. (*Autoreferat.*)

Bericht **Peltesohn**'s (397) über einen 10jährigen Knaben mit Littlescher Krankheit, bei dem von anderer Seite vor 3 Jahren wegen Flexionskontraktur der Kniegelenke jederseits die Durchschneidung der Kniebeugesehnen vorgenommen worden war. Jetzt fand sich beiderseits durch Ausfall dieser Muskeln bei Weiteragieren der Kniestrecker ausgesprochenes Genu recurvatum. Da letzteres funktionell stets ungünstig ist, muß es vermieden werden, was durch plastische Verlängerung der Sehnen möglich ist, ebenso wie es bereits seit langem an der Achillessehne geschieht. (*Autoreferat.*)

Nach **Rehn** (423) gibt es keine dem chirurgischen Eingriff gleichwertige Behandlungsmethode der Basedowschen Krankheit. Ein Mißerfolg kann nur durch zu wenig ausgiebige Schilddrüsensubstanzentfernung verursacht werden. Verf. selbst hat einen völligen Mißerfolg nie gesehen, wohl aber Rezidive. Die Indikation zum Eingriff und die Operationsmethoden werden kurz besprochen.

Delore und **Alamartine** (136) halten die Ligatur der Arteriae thyreoideae nur für indiziert bei der Struma vascularis, als ersten Grad des Basedow. Sie befördert eine Hyperfunktion der Drüse. Die Ligatur der Arterien ist kontraindiziert bei dem sekundären Basedow nervösen Ursprungs. Bei mittelschweren Fällen nehme man die Ligatur der beiden Arterien des am meisten hypertrophierten Lappens vor, eventuell später mit Ligatur der Arteria superior der entgegengesetzten Seite und, wenn nötig, einer Hemithyroidektomie. (*Bendix.*)



Sudeck (506) hat bei Morbus Basedowii durch die Strumektomie sehr gute Resultate erzielt. Von seinen 34 operierten Fällen ist einer gestorben. Von 18 Patienten, deren Behandlung abgeschlossen ist, sind 16 geheilt, 2 wesentlich gebessert. Von den übrigen 15 sind 6 bis zur Arbeitsfähigkeit gebessert, die übrigen auch in der Besserung. (*Bendix.*)

Liek (316) geht kurz auf die Theorien und inneren Behandlungsmethoden des Basedow ein, erwähnt auch den meist ungünstigen Erfolg der Röntgenbehandlung und befürwortet die chirurgische Therapie, die er nicht zu früh, aber auch nicht zu spät angewandt wissen will. Lokale Druckerscheinungen, Stenose usw. erfordern allerdings selbstverständlich die sofortige Operation.

Klose (274) spricht sich für eine möglichst frühzeitige chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit aus, die er nach Möglichkeit in Lokalanästhesie operiert, eventuell allerdings noch mit einer kurzen Äthertropfnarkose. Die Epithelkörperchen müssen natürlich geschont werden, dagegen ist die Thymus, falls sie hyperplastisch erscheint, zweckmäßig zu entfernen; in jedem Falle sollte man sich während der Operation von dem Zustand der Thymus überzeugen.

Simon (482) glaubt, daß die Schädigungen durch Röntgenbehandlung sich in Zukunft größtenteils werden vermeiden lassen, und daß sie nicht ausreichen, um die Röntgentherapie bei Struma, Thyreoidismus und Basedowscher Krankheit zu diskreditieren.

Capelle und **Bayer** (99) setzen in einer ausführlichen, mit Kurven illustrierten Arbeit auseinander, daß die Thymus bei der Basedowschen Krankheit von wesentlicher Bedeutung ist; und zwar scheint es, daß die Thymussekrete sehr ungünstig wirken und die Krankheit komplizieren bzw. direkt deletär gestalten. Ein in der chirurgischen Klinik beobachteter Fall wurde durch Entfernung der klinisch nachweisbaren Thymus operiert, während die Thyreoidea unberührt blieb. Es zeigte sich, daß die Basedowsche Krankheit in typischer Weise fortbestand, aber bei weitem nicht so schwer als vorher, insbesondere besserte sich die Herzaktion und das Kochersche Blutbild. Sechs Monate nach der Operation wurden (wie Verf. in einem Nachtrag berichtet), die Beschwerden wieder größer, so daß auf Drängen der Patientin noch die Entfernung des rechtsseitigen Thyreoidealappens vorgenommen wurde. — Die Verff. unternahmen auch Tierversuche mit Thymusinjektionen und erzielten in gleicher Weise wie mit Strumainjektionen eine relative Lymphozytose mit Abnahme der Leukozytenzahl, so daß also Thymus und Schilddrüse sich nach diesen Untersuchungen prinzipiell gleichmäßig zu verhalten scheinen.

Baruch (42) bezieht sich auf etwa 90 Basedowfälle, bei denen er eine Nachuntersuchung ermöglichen oder Nachricht über ihr Befinden erhalten konnte. Das Material ist besonders für die Beurteilung des Dauererfolges von Wert, weil die Beobachtung in 70 % der Fälle sich über Jahre (bis 18 Jahre) erstreckt. Es handelt sich um 51 operierte und 39 intern behandelte Fälle. Die Überlegenheit der chirurgischen Behandlungsmethoden über die konservative Therapie ist ganz evident. Von Interesse sind die Beobachtungen des Verf. über die Lymphozytose, die nach Kocher neuerdings wohl auch als ein selten vermißtes Kardinalsymptom aufgefaßt werden muß; es ergibt nämlich, daß auch nach der Operation eine Rückkehr des Blutbildes zur Norm fast niemals eintritt. Wenn daher Kocher die Prognose für abhängig hält von dem Grade der Lymphozytose und als Kriterium der Heilung ein normales Blutbild postuliert, so lehren demgegenüber die Er-

fahrungen des Verf.s, daß klinisch und auch subjektiv völlig Geheilte noch 17 Jahre nach der Operation eine deutliche Lymphozytose aufweisen.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Basedowsche Krankheit vor das chirurgische Forum gehört und die Frühoperation erfordert.

Nach **Dollinger** (143) ist die Rettung eines solchen Auges durch die Verminderung des Exophthalmus möglich. Dieses Ziel kann man dadurch erreichen, daß man die Augenhöhle durch Entfernung der äußeren knöchernen Wand auch nach der Seite hin öffnet und damit den Exophthalmus in einen lateralen und in einen vorderen teilt, die den vorderen Exophthalmus verringert. Die Hornhaut ist nur von dem vorderen Exophthalmus gefährdet; kann sich das Auge auch nach der Seite herausdrängen, so kann es uns gelingen, die Hornhaut auch ohne besondere Spannung der Augenlider zu decken und den Hornhautprozeß zur Ausbildung zu bringen.

Nach diesem Plane operierte Dollinger letzthin einen Kranken mit beiderseitigem hochgradigem Exophthalmus bei Morbus Basedowii; dem Exophthalmus hatten sich eine hochgradige Chemosis, Hornhauttrübungen und Geschwüre zugestellt. Dollinger schnitt zu diesem Zwecke mit Schonung der Fazialisfasern des Augenschließmuskels über dem oberen und äußeren Orbitalrande ein, drang durch die Fasern des M. temporalis vor, entblößte die äußere Orbitalwand und resezierte daraus ein keilförmiges Knochenstück samt Periorbita.

Der durchschnittene Schläfenmuskel wurde nicht genäht, die Hautwände hingegen vereinigt. Nach Entfernung der Periorbita drängte sich der Inhalt der Augenhöhle durch den seitlichen Knochenspalt stark hervor.

Der Wundverlauf war ungestört. Kopf- und Augenschmerzen ließen nach der Operation nach, um bald ganz zu verschwinden; die Kanthorraphie war leicht ausführbar, das Hornhautgeschwür heilte bald aus, und bei der Revision des Kranken, einige Monate später, bestand nur ein mindergradiger Exophthalmus; die Chemosis war ganz verschwunden.

Auf Grund dieser günstigen Erfahrung empfiehlt Dollinger, bei sehr hochgradigem Exophthalmus infolge von Morbus Basedowii, wenn sich Chemose dazugesellt, noch bevor es zur Hornhauttrübung und Zerfall kommt, durch Entfernung der äußeren Orbitalwand den Exophthalmus herabzusetzen, und hofft dadurch dem Hornhautzerfalle vorzubeugen und manches Augenlicht und manches Leben zu retten. (*Autoreferat.*)

50jähriger Patient von **Beresowski, Suchoff** und **Tarassewitsch** (54) hatte vor 9 Jahren wiederholt die linke Scheitelgegend verletzt. Vor 8 Jahren traten kortikale Anfälle auf, die dann 2 Jahre ausblieben, um später wieder einzusetzen. Die Anfälle begannen mit Zuckungen in der rechten Hand, gingen dann auf das rechte Bein über und wurden dann allgemein. Seit X. 10 beständige klonische Zuckungen der rechten Hand, die l. Hand mußte beständig gehalten werden, da sonst epileptische Anfälle auftreten. Bei der Operation wurde eine Pachymeningitis interna haemorrhagica gefunden; die entsprechende Partie der Dura wurde entfernt. Die Anfälle traten nach der Operation auf und Pat. erfreut sich zurzeit, XI. 11 eines relativen Wohlbefindens. (*Kron.*)

De Lee (134) weist nach, daß die frühzeitige operative Beendigung der Schwangerschaft bei Eklampsie der abwartenden Therapie unbedingt vorzuziehen ist. Die Statistiken, besonders von Winter auf dem Kongreß zu Budapest, ergeben, daß die Mortalität bei Eklampsie eine äußerst geringe ist, wenn der Eingriff frühzeitig erfolgte, bevor die Zahl der Anfälle sechs überschritt. Besonders zu empfehlen sei auch der vaginale Kaiserschnitt. (*Bendix.*)



Bornhaupt (76) entwirft an der Hand eines von ihm behandelten Falles einen Überblick über den heutigen Stand der chirurgischen Behandlung der traumatischen Epilepsie. (*Bendix.*)

Pussep (414) hat zwei Fälle traumatischer Aphasie eingehend mitgeteilt, die hinsichtlich der Lokalisation des Sprachzentrums und der erzielten postoperativen Resultate besonders bemerkenswert sind. Er stellte folgende Schlußthesen auf: Die operative Behandlung der traumatischen Aphasie ist in denjenigen Fällen durchaus indiziert, in denen nach dem Trauma rasche Wiederherstellung der Sprache nicht eintritt. Es muß bei der Operation auch die harte Hirnhaut eröffnet werden, da sich hier oft schwere Veränderungen finden, trotz der Versehrtheit der Dura. Auch bei Intaktheit des Schädels ist bei stabiler Aphasie nach Trauma der Schädel zu eröffnen, da sich bisweilen eine bedeutende traumatische Kyste findet, die durch Druck Aphasie erzeugt. (*Bendix.*)

Dawidenkow (127 a) veröffentlicht zwei Fälle von segmentärer Bauchmuskellähmung, besonders des Rectus abdominis, wobei er ein genaues röntgenologisches Bild über die Lokalisation der Wirbelverletzung feststellen und den segmentären Ausfall der Bauchreflexe mit scharf ausgesprochener segmentärer Anästhesie beobachten konnte. Der erste Fall betraf einen 28jährigen Häuer, dem ein Kohlenblock auf den Rücken fiel, mit konsekutiver Gefühllosigkeit der Beine. Es bestand in den gelähmten Recti abdominis Entartungsreaktion und Areflexie. Die atrophische Lähmung erstreckt sich auf die beiden unteren Rektussegmente. Auch in den Obliqui abdominis war die faradische Erregbarkeit in den unteren Teilen erloschen bei partieller Atrophie der Obliqui externi. Außerdem bestand EaR an den unteren querliegenden Muskelfasern (Obliqui interni oder Transversus abdominis). Die sehr scharf ausgeprägten Grenzen der Anästhesie entsprechen dem oberen Rande des XI. respektive dem unteren Rande des X. Dorsalsegments, ohne Störung der Hautsensibilität in letzterem. Das Röntgenbild ergab eine Fraktur an der Austrittsstelle beider XI. Wurzeln. Auch der zweite Patient verunglückte im Kohlenschacht; Wirbelfraktur durch einen dem 33jährigen Manne auf den Rücken gefallenen Block. Auch hier ist die obere Grenze der Sensibilitätsstörung das XI. Dorsalsegment. Auch hier besteht eine Lähmung der unteren Abschnitte der schrägen Bauchmuskeln und der IV. Rektussegmente, mit Verziehen des Nabels nach oben beim Aufrichtungsbestreben. Die totale Analgesie tritt erst in der Höhe des XII. Dorsalsegments auf; in den paralisierten Rektussegmenten und unteren Abschnitten der schrägen Muskeln ist keine EaR. vorhanden. (*Bendix.*)

Wimmer (557 a) bringt die Krankengeschichten von zwei Fällen der selten beobachteten begrenzten Seitenläsionen des Rückenmarks. Der erste Fall ist rein klinisch, im zweiten liegt auch Autopsie vor.

Der erste Fall betraf einen 37jährigen Arbeiter, der einen Unfall dadurch erlitt, daß er drei schwere Bretter, die er auf der linken Schulter trug, abwerfen wollte, und dabei starke Schmerzen in der linken Schulter verspürte. Am nächsten Tage konnte er den linken Arm nicht erheben und bemerkte auch, daß er an der rechten Körperhälfte, am rechten Bein und Arm (mit Ausnahme der Außenseite und des Daumens) ganz gefühllos war. Die Sphinkteren waren völlig normal. Keine Ataxie. Es handelte sich also um eine gekreuzte sensitiv-motorische Parese von Brown-Sequardschem „oberen Typus", wahrscheinlich infolge einer Hämatomyelie, die nur in der linken Rückenmarkshälfte gelegen ist und das linke Hinterhorn verschont hat. Die Verletzung muß nach dem erhobenen genauen klinischen Befund im vorderen Teil des Seitenstranges gelegen sein, d. h. im Areal der

gekreuzten Bahnen der Schmerz- und Temperaturempfindungen (Gowersscher Strang oder der Grenzschicht zwischen diesem und dem Vorderhorn). Die an den Atrophien beteiligten Schultermuskeln (Deltoides, Supra- und Infraspinatus) lassen die Läsion im Rückenmark in die Höhe von C 5—6 lokalisieren. Auch die Sensibilitätsstörungen entsprechen einer Lokalisation der Leistungsunterbrechung im 5.—6. Halssegment. Die funikuläre Unterbrechung der Schmerz- und Temperaturbahnen endet mit den Fasern aus C_8. Die leichte Ungleichheit der Pupillen dürfte für eine Beteiligung der eingekreuzten okulo-pupillaren Fasern im Rückenmark sprechen. Im zweiten Falle ließ sich bei der Autopsie eine ganz eigentümlich begrenzte Seitenläsion des Halsmarks feststellen. Es handelt sich um einen 55jährigen Zimmermann, der erst auf dem linken, dann rechts eine retrobulbäre Neuritis bekam. Daran schloß sich ein Herpes zoster der rechten Schulter und vorderen Brustseite und heftiger Schmerz in der rechten Schulter, der bis in die Finger nach und nach ausstrahlte. Dann trat Parese des rechten Armes ein, später auch des rechten Beines, und es fand sich Patellar-Fußklonus und Babinskireflex am rechten Bein. Links fand sich Störung des Gefühls der ganzen linken Körperhälfte von der 4. Rippe abwärts. Auch hier lag eine „obere Brown-Sequardsche“ Lähmung vor. Rechte Lidspalte war enger als links, rechte Pupille kleiner als links. Die Autopsie zeigte eine Neubildung in der rechten Hälfte des Halsmarks von C_5 bis D_1; die Neubildung erstreckte sich in Keilform von der Rückenmarksperipherie an der Grenze zwischen Vorder- und Seitenstrang quer bis zum Seitenhorn und setzte sich von dort als schmaler Streifen durch das Hinterhorn fort. Das Seitenhorn ist am meisten destruiert. Der Seitenstrang bzw. die PySB. ist stark gelichtet. Außerdem erstreckt sich die Neubildung in die graue Kommissur hinein. Die Commissura ant. ist verschont, aber hinter dem Zentralkanal waren alle Fasern verschwunden. Es handelte sich demnach in dem Falle partieller Läsion der rechten Rückenmarkshälfte um eine partielle „funikuläre“ Störung und eine partielle Destruktion des Hinterhorns. (*Bendix.*)

Die experimentelle chronische Tabakvergiftung führt gewöhnlich schwere und ausgedehnte Läsionen aller Eingeweide und aller Gewebe herbei.

Benigni (48a) erklärt die Pathogenese der experimentellen Tabakläsionen, in erster Linie durch die direkte schädliche Wirkung des eingespritzten Giftes und dann durch die Unterdrückung des Schutzvermögens der Schutzdrüsen (!). (*Audenino.*)

Versuche **Bianchini**'s (57a) an einem 18 jährigen Pat. mit einer Hirnbresche, linksseitiger Hemiplegie und Konvulsionen. Die angewendeten Dosen schwankten zwischen 10 und 100 g.

Schlußfolgerungen:

In kleinen Dosen einverleibt, übt Alkohol auf die Hirngefäße und auf das Herz eine toxische Wirkung aus.

Die Einführung größerer Dosen (bis 80 g) bewirkt eine Reizung des Herzens, eine lähmende Wirkung auf die Gefäßwände und eine allmähliche Zunahme der Hirnmasse.

Sehr hohe Dosen erzeugen: Unregelmäßigkeiten des Herzrhythmus, Hypertonizität der Gefäße abwechselnd mit kurzdauernder Hypotonizität derselben und rasche Modifizierungen des Volumens der Hirnmasse. (*Audenino.*)



Spezielle Therapie der Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und der peripherischen Nerven.

Ref.: San.-R. Dr. S. Kalischer-Schlachtensee b. Berlin.

1. Abbott, W. C., Treatment of Cerebral Affections. Medical Herald. March.
2. Albert-Weil, E., Le traitement de la paralysie infantile. Paris méd. 568—571.
3. Anderson, P. V., Mental Hygiene in Children. Old Dominion Journ. of Medicine and Surg. March.
4. Anschütz, Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie. Münch. Mediz. Wochenschrift. p. 2306. **(Sitzungsbericht.)**
5. Ash, Edwin, Hypnotism in Relation to Surgical Anaesthesia. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 3. Section of Anaesthetics. p. 13.
6. Aubert, L., Le traitement de l'éclampsie. Gynaecol. 1910. X. 240—262.
7. Bacaloglu, C., Tratamenul mercurial in affectiunile parasifilitice (Tabes si paralisi generala). Boll. Soc. d. med. et nat. de Jassy. 1910. XXIV. 150—194.
8. Baccelli, Guido, Statistische Resultate der Behandlung des Tetanus mit subcutanen Carbolinjektionen. Berl. klin. Wochenschr. No. 23. p. 1021.
9. Baggen, N. J. Poock van, Stuttering, its Origin and Treatment. Medical Record. Vol. 80. No. 10. p. 464.
10. Bahia, J. junior, La resensibilisation dans l'hystérie. Gaz. méd. de Paris. No. 103. p. 225.
11. Bajenoff et Ossidoff, La suggestion et ses limites. Paris. Bloud.
12. Barbé, A., Traitement spécifique des arthropathies tabétiques. La Presse médicale. No. 97. p. 1007.
13. Bardet, Traitement de l'insomnie. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXI. No. 11. p. 425.
14. Barker, L. F., Management of Children Presdisposed to Nervousness. Interstate Med. Journal. May.
15. Barnes, F. H., Treatment of Neurasthenia. Medical Record. Vol. 79. No. 21. p. 959.
16. Barnes, Frank H., A Farm Colony for Alcoholics in Connecticut. Medical Record. Vol. 80. No. 1. p. 54. **(Sitzungsbericht.)**
17. Bayerthal, Über den Erziehungsbegriff in der Neuro-Psychopathologie. Medizin. Klinik. No. 48.
18. Beach, Fletcher J., The Educational Treatment of Neurasthenia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 133.
19. Becker, W. H., Moderne Literatur über Psychotherapie. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 17. p. 516.
20. Benassi, G., Il regime ipoclorurato associato al bromuro nel trattamento della epilessia. Gazz. internaz. di med. XIV. 259—261.
21. Benni, W., Zur Methode der Psychoanalyse. Revue f. Psych. (russ.) **16.** 257.
22. Bérard, Léon, Les injections neurolytiques dans le traitement des névralgies faciales essentielles. La Province médicale. No. 25. p. 263.
23. Bergmann, Wilhelm, Selbstbefreiung aus nervösen Leiden. Freiburg. Herder.
24. Berillon, La psychothérapie préventive. Rev. de psychothérap. XXV. 100—115.
25. Berkhan, Oswald, Zur Behandlung des krankhaften Errötens. Neurol. Centralbl. No. 24. p. 1409.
26. Bernheim, Définition et valeur thérapeutique de l'hypnotisme. Journal f. Psychologie u. Neurol. Bd. 18. Ergänzungsheft 3. p. (206) 468. u. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. p. 361. **(Sitzungsbericht.)**
27. Derselbe, De la suggestion. Paris. A. Michel.
28. Derselbe, Ma conception de la suggestion. Le Bulletin médical. 1910. No. 97. p. 1117.
29. Berry, John Mc Williams, Treatment of Paralysis Following Acute Poliomyelitis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 14. p. 1031.
30. Bertucat, Traitement du tétanos par les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie. Un cas de tétanos aigu traité et guéri par cette méthode. Loire médicale. No. 4. p. 115—125.
31. Bévalot, Note sur un cas d'incontinence nocturne d'urine guéri par la psychothérapie. Rev. de psychothérap. XXV. 171—173.
32. Beyer, Ernst, Die Nervenheilstätte im Dienste der Kranken-, Unfall-, Invalidenversicherung. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. IX. Jahrg. No. 44. p. 411.
33. Bickel, Über Mastkuren. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 624.
34. Billings, Frank, Locomotor Ataxia and the Result of Specific Treatment. The Cleveland Med. Journal. Vol. X. No. 1. p. 35.



35. Bleuler, E., Die Psychoanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Bemerkungen. Leipzig-Wien. Franz Deuticke.
36. Block, Siegfried, and Hopkins, Prince C., Suggestive Treatment in Pediatrics. Amer. Journ. of Obstetrics. Sept. p. 536.
37. Blum, F., Die interne Therapie des Morbus Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1213. (Sitzungsbericht.)
38. Bondi, S., Behandlung der multiplen Sklerose mit Natrium nucleinicum. Wiener klin. Wochenschr. p. 1684. (Sitzungsbericht.)
39. Bonnet, Géraud, Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la valonté. Paris. Jules Rousset.
40. Booth, David S., Psychotherapy from a Physiological Standpoint. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 18.
41. Bradley, J. M., Hypnotism as a Therapeutic Agent. Journ. of the Missouri State Med. Assoc. Jan.
42. Brock, Arthur J., „Ergotherapy" in Neurasthenia. Edinburgh Med. Journal. N. S. Vol. VI. No. 5. p. 430.
43. Brodhead, G. L., Treatment of Puerperal Eclampsia. American Medicine. June.
44. Brünings, Über eine neue Behandlungsmethode der einseitigen Recurrenslähmung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1108. (Sitzungsbericht.)
45. Bryan, Douglas, Considérations sur la suggestion et l'hypnotisme. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 111. (Sitzungsbericht.)
46. Burnett, T. C., Twitching of the Orbicularis Palpebrarum Successfully Treated with Calcium Chlorid. Journ. of Ophthalmology. Jan.
47. Burr, C. W., The Rest Cure, the Work Cure, and Psychotherapy. Handb. Pract. Treat. (Musser & Kelly.) I. 322—333.
48. Butler, G. F., The Treatment of Neuralgia. Therap. Med. 1910. IV. 337—340.
49. Buzzard, E. Farquhar, The Treatment of Disseminated Sclerosis: a Suggestion. The Lancet. I. p. 98.
50. Cabot, R. C., The Towns-Lambert Treatment for Morphinism and Alcoholism. Boston Med. and Surg. Journ. May. 11.
51. Cabrera Benitez, F., Analgesia de una ciática por la inizacion salicilica. Rev. méd. cubana. XVIII. 195—197.
52. Cadwallader, Bernard, Treatment of Stuttering and Stammering and Voice Defects Through the Science and Art of Speech and Singing. The Cleveland Med. Journal. Vol. X. No. 12. p. 1025.
53. Carrieu et Bousquet, Le traitement du tabes par les injections sous-arachnoïdiennes d'électro-mercurol. Montpellier médical. 1910. 12. juin.
54. Castaigne, J., et Gouraud, F. X., L'insomnie et les médicaments hypnotiques. Paris médical. No. 2. p. 110.
55. Charles, S. F., A. Chorea and its Treatment. The Dublin Journal of Medical Science. 3. S. Nov. p. 336.
56. Citron, H., Ein Beitrag zur Behandlung der Seekrankheit. Berl. klin. Wochenschr. No. 36. p. 1646.
57. Clark, L. Pierce, Remarks on Methods of Curing Idiopathic Epilepsy. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 742. (Sitzungsbericht.)
58. Cokenower, J. W., Neuro-Functional Disturbances in Children and Best Treatment to Prevent and Correct Resultant Deformities. Medical Fortnightly. Oct. 25.
59. Consiglio, Die moralische Prophylaxe in der Armee. Neurol. Centralbl. p. 1082. (Sitzungsbericht.)
60. Cooper, J. W. A., The Treatment of Alcohol Inebriety by Psychotherapy. Brit. Journ. of Inebr. VIII. 135—142.
61. Corrado, C., Contributo al trattamento della tetania paratireopriva mediante ipodermoclisi con sali di magnesio. Policlin. 1910. XVII. sez. med. 124—135.
62. Courbon, P., et Lassablière, De l'association médicamenteuse du nucléinate de soude et de l'arsenic contre l'asthénie physique et psychique. Revue neurol. 2. S. p. 305. (Sitzungsbericht.)
63. Cramer, Über die Zweckmässigkeit der Errichtung spezieller Nervenabteilungen an den Krankenhäusern und die Gründung von Volksnervensanatorien. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1643. (Sitzungsbericht.)
64. Derselbe, Psychotherapie. Aus dem Zyklus der Vorträge über die „Grundzüge der modernen Psychologie und Psychiatrie". Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 4. p. 93.
65. Croley, V. St. J., Case of Tetanus Treated by Chloretone. Indian Med. Gazette. Sept. XLVI.
66. Croner, W., Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. 5. Aufl. Wien. Urban & Schwarzenberg.



67. **Crosby**, Daniel, The Problem of State Care of Drug and Alcohol Habitues. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 22. p. 1741.
68. **Cross**, F. B., The Treatment of Exophthalmic Goitre. Therap. Med. XXV. 197—199.
69. **Crothers**, T. D., Inebriety. Its Treatment and Curability. Medical Record. Vol. 79. No. 4. p. 152.
70. Derselbe, Can Inebriates be Cured by Physical Means in Hospitals? ibidem. Vol. 80. No. 16. p. 773.
71. Derselbe, Hospitals for Inebriates. New York Med. Journ. July 29.
72. Derselbe, Statistic Studies of Cures of Inebriety. Buffalo Med. Journal. Dec.
73. **Cruchet**, René, L'hypnotisme, valeur thérapeutique de la suggestion dans les hypnoses. Paris médical. No. 2. p. 104.
74. **Cuijs**, Van der, La suggestion en psychothérapie. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 111. **(Sitzungsbericht.)**
75. **Dana**, C. L., Psychasthenia Treated by Hypnosis and Freuds Method. Medical Record. Vol. 79. p. 790. **(Sitzungsbericht.)**
76. **Dannehl**, Selbstbehandlung der Ischias. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1203.
77. **Dawson**, W. O., Treatment of Tetanus in the Horse by Subcutaneous Injections of Magnesium Sulphate; Recovery. Journ. Comp. Pathol. and Therap. XXIV. 72—74.
78. **De Buys**, L. R., Treatment of Chorea. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jan.
79. **Décsi**, E., Das Programm der Psychotherapie. Gyógyászat. **51.** No. 26—27. 448.
80. **Delaup**, S. P., Extradural Injections by Sacral Puncture in Genito-Urinary Neuroses. New Orleans Med. and Surg. Journ. June.
81. **Delius**, Die Behandlung des Asthma nervosum. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. p. 379. **(Sitzungsbericht.)**
82. **Delord**, Ph., Quelques mots pour servir d'appoint aux efforts de ceux qui soignent les lepreux. Janus. **16.** 203—204.
83. **Demonchy**, Le reveil; son importance capitale en hypnothérapie et en psychothérapie. Rev. de psychothérap. XXV. 99—106.
84. **Deschamps**, Sur le traitement de l'épilepsie d'origine gastro-intestinale. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 152. No. 5. p. 298. No. 6. p. 336.
85. **Deutschländer**, Carl, Zur Geschichte des Hamburger Krüppelfürsorgevereins. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. IV. H. 2—3. p. 165.
86. **Dollinger**, J., Die Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen. Orvosi Hetilap. **55.** No. 38—39. 667. 689.
87. **Donath**, Julius, Psychotherapeutische Richtungen. Medizin. Klinik. No. 43. p. 1645. u. Sitzungsber. d. psych. Sect. d. kgl. ungar. Aerztevereins. 20. Febr.
88. Derselbe, Mittels Alkohol behandelte schwere Gesichtsneuralgie. Budapesti Orvosi Ujság. **9.** No. 25. 448.
89. **Donley**, J. E., Psychotherapy and Reeducation. Journ. Abnorm. Psychol. VI. 1—10.
90. **Dougall**, A., On the Treatment of Status epilepticus. Med. Chron. LIII. 224—226.
91. **Dowbnja**, E., Zur Frage der Grenzen des therapeutischen Effektes bei der hypnotischen Behandlung. Korsakoffsches Journal f. Neuropathol. (russ.) **10.** 1018.
92. **Drysdale**, H. H., An Interesting Case of Major Hysteria, Successfully Treated by Reeducation. Cleveland Med. Journal. July. Vol. X. p. 579.
93. **Dufour**, Henri, et **Levi**, Alfred, Hémichorée organique très améliorée par le „606". Revue neurol. 2. S. p. 710. **(Sitzungsbericht.)**
94. **Dumora**, H., Un cas de torticolis mental traité par des injections intra-musculaires d'hyoscine et d'alcool; amélioration notable. Journ. de méd. de Bordeaux. XLI. 312.
95. **Durville**, G., Etude étiologique de l'hypnose. Thèse de Montpellier.
96. **Ebstein**, W., Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Therapeut. Monatshefte. Dez. No. 12.
97. Derselbe, Zur Geschichte der Krankenbehandlung durch Handauflegen und verwandte Manipulationen. Janus. **16.** 99.
98. **Edwards**, W. H., Castration for Neurasthenia. Kentucky Med. Journ. July 1.
99. **Eicher**, W. B., Value of Psychic Influences. Illinois Med. Journ. June.
100. **Elders**, Die Heilung des Stottern. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1374.
101. **Engelhorn**, E., Nervosität und Erziehung. Stuttgart. F. Encke.
102. **Engelmann**, F., Zur Behandlung der Eklampsie auf Grund von über 100 selbstbeobachteten Fällen. Mediz. Klinik. No. 51. p. 1972.
103. **Eppinger**, H., und **Noorden**, K. H. von jr., Zur Therapie der Basedowschen Diarrhöen. Internat. Beitr. z. Path. u. Therapie d. Ernährungsstörungen. 1910. II. 1—6.
104. **Eulenburg**, A., **Sammelbericht** über Psychotherapie und medizinische Psychologie. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1210.
105. Derselbe, Psychotherapie und medizinische Psychologie — Psychoanalyse. **Sammelreferat.** ibidem. No. 11. p. 423.



106. Fabbre, Psychotherapie bei den neuropsychopathischen Zuständen. Neurol. Centralbl. p. 1081. **(Sitzungsbericht.)**
107. Fackenheim, Neue Wege zur Heilung der Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 35. p. 1872.
108. Faltin, R., Behandlingen af ischias med injektioner enl. Lange. Finska läkaresällskapets handlingar. Bd 53. I. S. 379.
109. Famenne, Le travail manuel agent de thérapeutique physique. Revue de psychothérap. XXV. p. 283—284.
110. Feltzmann, O., Zur Frage der Aetiologie der Phobien und der Psychotherapie. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) 10. 1551.
111. Ferenczi, M., Suggestion und Psychoanalyse. Gyógyászat. 51. 242.
112. Fidelholz, Scheina-Miriam, Die Erfolge der spezifischen Behandlung der metasyphilitischen Krankheiten des Zentralnervensystems. Inaug.-Dissert. Strassburg.
113. Fieux, Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Journal de Médecine de Paris. No. 25. p. 495.
114. Finzi, Giuseppe, Tetano e cura del Baccelli. Policlinico. (sez. prat.) XVIII. No. 12.
115. Firnel, Paul, Traitement de l'état général dans les neuropathies. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 121. **(Sitzungsbericht.)**
116. Fleischner, E. C., Treatment of Tic in Childhood. California State Journ. of Medicine. Sept.
117. Fletcher, Horace, Die Esssucht und ihre Bekämpfung. Deutsch von A. v. Borosini (München). Dresden. Holze & Pahle.
118. Forel, August, Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. Stuttgart. Ferdinand Enke.
119. Fränkel, Alfred, Ueber (Rubiacithin) „Rubiacitol" bei sexueller und allgemeiner Neurasthenie. Aerztl. Rundschau. No. 47. p. 555.
120. French, J. M., Epilepsy and its Treatment; with Special Reference to the Use of Verbena bastata and Solanum carolinense, two Drugs but Little Known and Only Recently Employed for that Purpose. Amer. Journ. Clin. Med. XVIII. 479—486.
121. Freud, S., Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. Centralbl. f. Psychoanalyse. 2. 109.
122. Friedländer, Wert und Unwert der Hypnose. Neurol. Centralbl. p. 1206. **(Sitzungsbericht.)**
123. Friedrich, Walter, Über die Behandlung des Morbus Basedowii. Inaug.-Dissert. Berlin.
124. Frink, H. W., Dreams and their Analysis in Reference to Psychotherapy. Medical Record. Vol. 79. No. 21. p. 943.
125. Derselbe, Report of Psychotherapeutic Clinic at Cornell Dispensary. New York Med. Journ. Sept. 30.
126. Derselbe, Psychoanalysis of a Mixed Neurosis. Journ. of Abnormal Psychology. Aug.
127. Fröschels, Emil, und Simon, Gustav, Praktische Erfahrungen bei der Behandlung von Sprachkranken. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 8. H. p. 873.
128. Fulda, H., Suggestiv-hypnotisch behandelte eigene Fälle. Münch. mediz. Wochenschr. p. 1532. **(Sitzungsbericht.)**
129. Fürnrohr, Suggestion und Hypnose im Völkerleben und in der Medizin. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1645. **(Sitzungsbericht.)**
130. Galcerán Gaspar, A., Preceptos higienicos para evitar las neuropatias en la infancia. Arch. de ginecop. 1910. XXVIII. 33. 64. 130. 184. 225. 379. 455.
131. Galicia, J. Camino, Un caso de histerismo coreiforme curado por la sugestion hipnótica. Rev. balear. de cien. méd. 1910. XXVI. 617. 645.
132. Gamble, W. E., Optic Neuritis Treated by Tuberculin. Ann. of Ophth. XX. 220.
133. Gardner, M. C., Case of Tetanus Treated with Intraspinal Injections of Magnesium Sulphate. Australasian Med. Journ. June.
134. Garel, J., Injections anesthésiques au niveau du laryngé supérieur dans le traitement de la dysphagie des tuberculeux. Ann. des mal. de l'oreille. T. 37. No. 7. p. 639.
135. Gau, R., Traitement de l'attaque et de la fureur épileptiques par le trional. Thèse de Montpellier.
136. Geijerstam, Emanuel af, Einiges über den Hypnotismus als therapeutisches Mittel bei Neurasthenie, Hysterie und Zwangserscheinungen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 5—6. p. 299. 344. (cf. Jahrg. XIV. p. 1016.)
137. George, E. J., Lycopus virginicus as a Remedy for Exophthalmic Goiter; Report of the Cure of a Few Cases. Journ. of Ophthalm. XVII. 94—96.
138. Gessner, Die Breuer-Freudschen psychoanalytischen Arbeiten. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1644. **(Sitzungsbericht.)**
139. Gibbs, E. T., Psychotherapy in Habitual Constipation. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1602. **(Sitzungsbericht.)**

140. Godtfring, Die Handbetätigung zur Förderung der Sprachgebrechlichen in den Vorkursen. Monatsschr. f. die ges. Sprachheilk. Febr. p. 33.
141. Goebel, Carl, Zur Therapie der tabischen Sehnervenatrophie. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. XXVI. H. 3. p. 206.
142. Gonzalez de Jésus, J., Tratamiento de las neuritis ópticas. An. de oftal. XIII. 397. 441.
143. Gordon, A., Psycho-Analysis as a New Therapeutic Procedure in Psycho-Neuroses New York Med. Journal. April. 8.
144. Gosset, Le rôle de l'attention dans les cures de rééducation. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 252. **(Sitzungsbericht.)**
145. Derselbe, Le bégaiement et la rééducation motrice. ibidem. 1912. 10. S. T. I. p. 187. **(Sitzungsbericht.)**
146. Gottschalk, Alfred, De l'influence du régime alimentaire au point de vue de la prophylaxie et de la genèse des accidents convulsifs. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 3—5. p. 158. 230. 293.
147. Granjean, Fall von Phobie durch reine Psychotherapie geheilt. Neurol. Centralbl. p. 1078. **(Sitzungsbericht.)**
148. Grasset, J., et Rimbaud, L., Thérapeutique des maladies du système nerveux. 2e édition. 1. Volume. Paris. O. Doin.
149. Greene, Charles Lyman, New Clinical Values in the Treatment of the Gastric Neuroses. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 26. p. 2060.
150. Grinker, J., Recent Currents in Psychotherapy. Northwestern Univ. Bulletin. Dec.
151. Grisslich, Otto, Zum heutigen Stand der Ischiasbehandlung. Mediz. Corresp. Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 19. p. 303.
152. Grubb, A. B., State Sanatorium for Drug Habitués. Virginia Med. Semi-Monthly. July 7.
153. Gruber, Max v., Hygiene des Geschlechtslebens. 4. verm. u. verbesserte Auflage. Stuttgart. E. H. Moritz.
154. Guelpa, G., La désintoxication cérébrale par le jeûne et la purgation. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 189. **(Sitzungsbericht.)**
155. Derselbe et Marie, A., La lutte contre l'épilepsie par la désintoxication et par la rééducation alimentaire. Rev. de thérap. méd.-chir. LXXVIII. 8—13.
156. Gulliver, F. D., Mental Suggestion as a Substitute for Anesthetics in the Removal of Tonsils and Adenoids from Children. Medical Record. Vol. 79. No. 22. p. 1004.
157. Hainiss, G. von, Die Anwendung des Salvarsans bei Chorea minor. Orvosi Hetilap. **55.** 367.
158. Hallock, F. K., Sanatorium Treatment of Neurasthenia and the Need of a Colony Sanatorium for the Nervous Poor. Boston Med. and Surg. Journ. Jan. 19.
159. Hammer, W., Die Stellung der Weingeist-Enthaltsamkeit in der Jugenderziehung. Fortschritte der Medizin. No. 18. p. 419.
160. Hannes, Walther, Zur Eklampsie. Dürfen wir aus der Statistik Schlüsse über den Wert therapeutischer Verfahren ziehen? Münch. Mediz. Wochenschr. No. 11. p. 580.
161. Harnsberger, S., Neglected Drunkards; What Virginia Should Do for Them. Virginia Med. Semi-Monthly. Nov. 10.
162. Harris, A. W., Treatment of Anterior Poliomyelitis. Southern Med. Journal. April.
163. Harris, Wilfred, Tic Douloureux Illustrating the Anaesthesia Produced by Alcohol Injection of the Superior Maxillary and Supra-orbital Nerves. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 8. Neurological Section. p. 52.
164. Hartungen, Christoph v., Eine Torticolisheilung. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 44. p. 2823.
165. Haymann, L., Die Heilbarkeit der otogenen Meningitis. **Sammelreferat.** Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk. Bd. IX. H. 9. p. 401.
166. Heidenhain, Behandlung der Ischias. Berliner klin. Wochenschr. No. 46. p. 2070.
167. Heinze, Ein Beitrag zur Therapie der Eklampsie. Archiv f. Gynaekol. Bd. 93. H. 1. p. 151.
168. Hellmuth, H., Analyse eines Traumes eines 5½ jährigen Knaben. Centralbl. f. Psychoanalyse. **2.** 122.
169. Herero, A. S., Critica de la doctrina de Babinski sobre el hipnotismo. Arch. españ. de Neurol. 2. 84.
170. Hernaman-Johnson, F., Treatment of the Chronic Stage of Infantile Spinal Paralysis in General Practice. Med. Press and Circular. Febr. 1.
171. Herring, W. C., A Treatment of a Type of Epilepsy. Post-Graduate. XXVI. 300—310.
172. Herzog, Die Therapie der Gesichtsneuralgien. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1891. **(Sitzungsbericht.)**
173. Heully, L., Les traitements actuels du tétanos. Revue méd. de l'est. p. 257—265.
174. Hill, G. H., An Epileptiv Colony. Jowa Med. Journal. Jan.



175. Hirschlaff, L., Suggestionstherapie. Neue Rundschau. XXII. 694—700.
176. Derselbe, Über Ruheübungen und Ruheübungsapparate. Münch Mediz. Wochenschr. No. 5.
177. Hitchcock, C. W., Phases of Psychotherapy. Journ. of the Michigan State Med. Soc. Febr.
178. Hochsinger, K., Erbsyphilis-Behandlung und Neuropathie. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 122.
179. Hofbauer, Ludwig, Zur Behandlung des Asthma bronchiale (nervosum). Wiener Mediz. Blätter. No. 7. p. 73.
180. Holman, C. J., Tetanus, with Special Reference to the Use of Magnesium Sulfate. Mercks Arch. XIII. 176—180.
181. Holmes, E. M., A Case of Vertigo Cured by Treatment of the Eustachian Tube. Boston Med. and Surg. Journ. June 15.
182. Howard, A. G., The Treatment of Anterior Poliomyelitis. New Engl. Med. Gaz. XLVI. 759—766.
183. Hummel, E. M., The Treatment of Cerebral Hemorrhage. Medical Record. Vol. 80. p. 1151. **(Sitzungsbericht.)**
184. Hunt, Edward Livingston, The Treatment of Epilepsy. Medical Record. Vol. 80. No. 7. p. 318.
185. Ingelrans, L., Origine de l'emploi du bromure de potassium contre l'épilepsie. Echo méd. du nord. XV. 197—200.
186. James, G. P., Notes on a New Treatment for Neurasthenia and Some Other Nervous Conditions. Folia Therap. V. 53—55.
187. Jaworski, Helan, Un nouveau traitement du tabes (ataxie locomotrice) avec quelques considérations sur répercussion centrale des irritations périphériques. Paris. A. Maloine.
188. Derselbe, La réflexothérapie. Gaz. méd. de Paris. No. 118. p. 345. u. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 49—51. p. 536. 561.
189. Derselbe, La reflexoterapia, à propósito del nuevo tratamiento del tabes. Crón. méd. 1910. XXVII. 235—237.
190. Jennings, O., Deux cas de guérison de morphinisme remontant à 25 ans; comparaison de différentes méthodes de sevrage. Rev. de psychothérap. XXV. 325—329.
191. Derselbe, Comparaison des differentes méthodes de sevrage morphinique. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 316. **(Sitzungsbericht.)**
192. Jödicke, P., Ueber die Behandlung der Epilepsie mit Borax. Medizin. Klinik. No. 52. p. 2020.
193. Derselbe und Réthy, Gustav, Zur Behandlung des hartnäckigen Singultus. Beitrag I. u. II. ibidem. No. 22. p. 853. u. 854.
194. Jones, Ernest, Reflections on Some Criticisms of the Psychoanalytic Method of Treatment. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLII. No. 1. p. 47.
195. Derselbe, The Action of Suggestion in Psychotherapy. Journ. of Abnorm. Psychol. Dez. 1910. Jan. V. 217—254.
196. Derselbe, The Therapeutic Effect of Suggestion. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 17. p. 427.
197. Jones, R., Mental and Sick Nursing. A Retrospect and a Prospect. Medical Press and Circular. May 3.
198. Jourdan, Etienne, De l'élimination dans la cure de démorphinisation. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 187. **(Sitzungsbericht.)**
199. Kalischer, S., Über funktionelle Nervenkrankheiten bei Kindern und deren Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 3. p. 171.
200. Kannabich, J. W., Psychotherapie leichter Fälle von periodischer Depression. Psichoterapija. No. 3.
201. Kapferer, Richard, Über die prophylaktische Therapie der Eklampsie von Stroganoff. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.
202. Kauffmann, Max, Über die Behandlung der Neuritis mit Pilocarpin. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 5. p. 702.
203. Kayser, Die Behandlung der Eklampsie. Fortschritte der Medizin. No. 31—32. p. 721. 745.
204. Kaz, R., Das Planglas bei vermeintlicher Amblyopie und nervöser Asthenopie. Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene d. Auges. No. 34. p. 277.
205. Keller, F. C., Alcohol Injection in Trifacial Neuralgia. New York Med. Journ. July 1.
206. Khaskin, Tamara Mlle, Traitement du tétanos par les injections intrarachidiennes de sulfate de Magnésie. Thèse de Montpellier. 1910.
207. Kiernan, J. G., Therapeutic Aspects of Epileptic Pathophysiology. Am. Journ. Clin. Med. XVIII. 473—478.
208. Kleinschmidt, Beitrag zur Behandlung der Pneumokokkenmeningitis. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1195.



209. Klingmann, Theophil. The Future of Psychotherapy. Medical Record. Vol. 79. No. 2. p. 58.
210. Derselbe, Practical Value of the Psychoanalytic Method in the Treatment of the Neuroses. Journ. of Michigan State Med. Soc. Aug.
211. Knopf, H. E., Ein Fall von zerebraler Neurasthenie, geheilt durch Atmungsgymnastik. Medizin. Klinik. No. 17. p. 654.
212. Knott, J., Music as Therapeutic Agent. New York Med. Journal. XCIV. No. 15.
213. Knowles, E. W., Narcotic Addiction and its Treatment. Colorado Medicine. Aug.
214. Kocks, Nochmals die Hypnose in Beantwortung der Ausführung des Herrn Kollegen Dr. Rieck in No. 6 d. Zentralblattes. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 16. p. 615.
215. König, Fritz, Über die Möglichkeit der Beeinflussung gastrischer Krisen durch Leitungsanästhesie. Medizin. Klinik. No. 39. p. 1495.
216. Kostyleff, N., Freud et le traitement moral des névroses. (Contribution à l'étude objective de la pensée.) Journ. de psychol. norm. et path. VIII. 246—257.
217. Kruna, H. B., Theory, Technic and Results of Psycho-Motor Reeducation in Convulsive Torticollis. Amer. Journ. of Surgery. Dec.
218. Kudicke, Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Bukoba am Viktoriasee (Deutsch-Ostafrika). Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. XV. No. 21. p. 685.
219. Külz, Ludwig, Fortschritte auf dem Gebiete der Schlafkrankheit- und Malariabekämpfung. Mediz. Klinik. No. 51. p. 2000.
220. Lannois, Le traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections au niveau du nerf laryngée supérieur. Ann. des. mal. de l'oreille. T. 37. No. 7. p. 629—638.
221. Lapinski, M. N., Ueber die Bedeutung der Hyperämie in der Therapie von Lähmungen neuritischen Ursprungs. Dtsch. Aerzte-Zeitung. H. 16—17. p. 361. 386.
222. Laubi, O., Ein Fall von Psychoanalyse bei einem erwachsenen Stotterer. Monatsschr. f. die ges. Sprachheilk. März. April. p. 65. 111.
223. Laudenheimer, Zur Symptomatologie der Behandlung des Morphinismus. Neurol. Centralbl. p. 764. **(Sitzungsbericht.)**
224. Lavrand, La rééducation physique et psychique. Paris. 1910. Bloud.
225. Lemesle, Henry, Les conditions du sommeil. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 110. **(Sitzungsbericht.)**
226. Léopold-Lévi et Rothschild, Henri de, Traitement de l'instabilité thyroïdienne. XIe. Congr. français de Médecine. Paris. 13—15. oct. 1910.
227. Leredde, Le traitement du tabes par l'arsénobenzol et sa technique. Bull. gén. de Thérapeut. T. CLXI. No. 7. p. 252.
228. Leva, J., Zur Technik der kochsalzarmen Ernährung. Medizin. Klinik. No. 41. p. 1582.
229. Levi, E., Osservazioni su alcuni sintomi e sui principali compensi terapeutici della epilessia. Gazz. internaz. di med. XIV. 341—345.
230. Levison, P., Injektions behandling af ischias. Ugesk. f. Laeger. LXXXIII. 676—683.
231. Levy, E., Contre l'isolement des névroses. Journal des Practiciens. No. 24.
232. Lévy, Paul-Emile, L'agoraphobie et son traitement éducateur en cure libre. Le Progrès médical. No. 16. p. 197 u. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 36—37. p. 391. 401.
233. Derselbe, Inutilité de l'isolement et supériorité de la cure libre dans le traitement de la neurasthénie et des névroses. Journal de Neurologie. No. 7. p. 221.
234. Derselbe, La fin du traitement de Weir-Mitchell. Le traitement des névroses en cure libre. Revue neurol. 2. S. p. 305. **(Sitzungsbericht.)**
235. Lewy, Alfred, Analgesia of the Larynx by Alcohol Injection in the Internal Branch of the Superior Laryngeal Nerve. The Laryngoscope. Vol. XXI. No. 1. p. 9.
236. Liepmann, H., Über die wissenschaftlichen Grundlagen der sogenannten „Linkskultur". Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27—28. p. 1249. 1308.
237. Lilienstein, Die Behandlung der Alkoholkranken ausserhalb der Irrenanstalten. Neurologia. Bd. X. H. 3. (japanisch.)
238. Derselbe, Mechanische Verbesserung der Blutzirkulation im Zentralnervensystem und in anderen inneren Organen. Neurol. Centralbl. p. 1214. **(Sitzungsbericht.)**
239. Lovett, J. M., Dechlorination Cure. West Virginia Med. Journ. Aug.
240. Lovett, Robert W., and Merrill, Wm. S., Fürsorge für Krüppelkinder in den Vereinigten Staaten. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. IV. H. 2—3. p. 129.
241. Lukins, J. B., Prevention and Treatment of Eclampsia. Kentucky Med. Journ. Oct. 15.
242. Macalister, E. J., Salvarsan in Tabes. Brit. Med. Journal. I. p. 690. **(Sitzungsbericht.)**
243. Macdougall, R., Contrary Suggestion. Journal of Abnormal Psychology. Dec.
244. Mac Phee, J. J., Practical Treatment of Nervous People. New York Med. Journ. June 3.
245. Mailhouse, M., The Home Treatment of Neurasthenia. Yale Med. Journ. XVII. 121—126.
246. Marie, A., La lutte contre l'épilepsie par la rééducation alimentaire. Essai d'application de la méthode du Docteur Guelpa dans le traitement de l'épilepsie. Epilepsia. Vol. II. No. 3. p. 265.



247. Markwell, N., Case of Tetanus Treated by Magnesium Sulphate. Australasian Med. Gazette. Sept. 20.
248. Martin, G. H., Dict in the Treatment of Mental and Nervous Diseases. Journ. Am. Inst. Homoeop. III. 793—800.
249. Martingay, André, Traitement de la chorée de Sydenham. Le Progrès médical. No. 21. p. 258.
250. Mason, L. D., The Etiology of Alcoholic Inebriety, and its Treatment from a Medical Point of View. Journ. of Inebriety. XXXIII. 15—30.
251. Mayer, E., Die Behandlung der frischen Kinderlähmung durch Ruhigstellung. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 24. p. 1107.
252. Mayer, E. E., Present Status of Psychotherapy. Pennsylvania Med. Journ. June.
253. Derselbe, Psychotherapy and its Limitations. Washington Med. Annals. July.
254. Derselbe, Psychotherapeutic Value of Psychoanalysis. West Virginia Med. Journ. Sept.
255. Mc Dougall, Alan, On the Treatment of Status Epilepticus. The Medical Chronicle. 4. S. Vol. XX. No. 4. p. 224.
256. Mc Kendree, C. A., The Treatment of Youthful Tendencies to Functional Nervous Disorders. Yale Med. Journ. XVIII. 350—358.
257. Mc Kenzie, Dan, A Case in which the Cure of Constipation Induced the Disappearance of Aural Vertigo (Ménières Syndrome). Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Otological Section. p. 20.
258. Meige, Henri, Comment concevoir l'hypnotisme. Ses applications thérapeutiques et médico-légales. Revue neurol. I. No. 1. p. 12.
259. Meige, Henry, Conseils pour la correction des troubles fonctionnels de la parole. Revue neurol. 2. S. p. 303. **(Sitzungsbericht.)**
260. Melville, E. J., Treatment of Eclampsia. Vermont Med. Monthly. Jan.
261. Mercklin, Zur Frage der öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 23. p. 219.
262. Meyer, Erich, Über die Behandlung der Graviditätstetanie mit Kalziumsalzen. Therapeut. Monatshefte. H. 7. p. 411.
263. Middlemiss, J. E., Two Cases of Hysteria, Treated by Suggestion, with an Account of Some Experiments in Hypnotism. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 166.
264. Migliaccio, R., L'iperemia alla Bier e la sua applicazione in un caso di tremore alcoolico. Gazz. d. osp. 1910. XXXI. 523—530.
265. Millan, R. D., Treatment of Puerperal Eclampsia. Hosp. Bull. Univ. Maryland. VII. 31.
266. Mohr, F., Psychotherapie. Handb. d. Neurol. 1910. I. 1525—1577.
267. Mohr, F., Sanatoriumbehandlung. Lewandowsky. Handbuch d. Neurologie. 1910. I. p. 1578—1582.
268. Moll, Albert, Die Behandlung sexueller Perversionen mit besonderer Berücksichtigung der Assoziationstherapie. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 1. p. 1.
269. Morel-Lavallée, Un cas de guérison de morphinomanie, guérie en six jours par la méthode lente. Gaz. des hôpitaux. p. 501. **(Sitzungsbericht.)**
270. Morel-Lavallée, A., Sevrage brusque et sevrage progressif des morphinomanes. Gazette méd. de Paris. p. 129.
271. Moricheau-Beauchant, R., Le „rapport affectif" dans la cure des psychonévroses. Gaz. des hôpit. No. 129. p. 1845.
272. Mowat, Harold, The Treatment of Basic Meningitis by the Inunction of Jodoform Ointment. The Lancet. I. p. 24.
273. Moxom, P. W. T., The Physician and the Mental Development of the Young. New York State Journal of Medecine. Febr.
274. Müller, Le véronal sodique (Veronalnatrium) contre le mal de mer et aussi contre le mal de chemin de fer. Le Scalpel. No. 18.
275. Müller, Eduard, Pathologie und Therapie der Ischias, sowie Injektionstherapie bei Neuralgien nach J. Lange. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1269. **(Sitzungsbericht.)**
276. Müller, Richard, Das Telephon als Hörapparat für Schwerhörige. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 15. p. 310.
277. Munroe, H. S., Prevalent Professional Psychasthenia in Relation to Psychotherapy. Western Med. Review. June.
278. Munson, J. F., The Epileptic and his Life at the Colony. Proc. of the Fortieth Ann. Convention. June. 21 u. 23. 1910.
279. Munson, J. F., Public Care for the Epileptic. Epilepsia. Vol. 3. No. 1. p. 36.
280. Derselbe, Note on the Curability of Epilepsy. ibidem. p. 44.
281. Murard, Névralgie incomplète du trijumeau, traitée par des injections d'alcool dans les trous des nerfs maxillaire inferieur et maxillaire supérieur. Lyon médical. T. CXVII. p. 636. **(Sitzungsbericht.)**
282. Myers, T. H., Some General Considerations in the Treatment of Infantile Paralysis. St. Lukes Hosp. Med. and Surg. Rep. II. 155—162.



283. Neff, J. H., Treatment of Inebriety. Journ. of Inebriety. VIII. 122—134.
284. Negro, C., „L'acaducina" nella cura sintomatica dell'epilessia motoria e di alcuni stati morbosi ad essa equivalenti. Riv. neuropat. 1910. III. 257—267.
285. Neumann, Ueber Körperübungen im frühen Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr. p. 1010. (Sitzungsbericht.)
286. Nicolai, Lucia, Caso di Corea del Sydenham rapidamente guarito colle iniezioni di Zimargolo. L'ospedale maggiore. p. 220.
287. Niles, Geo M., Psychic Indigestion: A Study. Medical Record. Vol. 80. No. 16. p. 771.
288. Nonne, Max, Aerztliche und juristische Forderungen für die Heilung Alkoholkranker. Hamburg.
289. Ochsner, A. J., Behandlung des Morbus Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 826. (Sitzungsbericht.)
290. Ohlemann, M., Zur Therapie des Morbus Basedowii. Eine Erwiderung. Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene d. Auges. No. 30. p. 245.
291. Oppenheim, Hermann, Einige Vorschläge zur Behandlung neuropathischer und psychopathischer Individuen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 13. p. 605.
292. Orlitzky, Pseudo rétrécissement de l'oesophage guéri par l'hypnotisme. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 251. (Sitzungsbericht.)
293. Ossipow, W., Zur Behandlung der Ischias mit Kochsalzinjektionen. Russ. Arzt. 10. 615.
294. Derselbe, La suggestion et ses limites. Paris. Bloud & Cie.
295. Parisot, J., Coma diabétique et médication alcaline intraveineuse. Revue méd. de l'Est. p. 491—508.
296. Pashayan, N. A., What is Psychotherapy? Albany Med. Annals. Vol. XXXII. No. 4. p. 187.
297. Paton, D. Noël, Neurasthenia and Diet. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 122.
298. Paul, W. E., Treatment of Acute Poliomyelitis. Boston Med. and Surg. Journal. Jan. 12.
299. Payne, G. W., Treatment of Post-Puerperal Eclampsia. Kentucky Med. Journ. June 1.
300. Perry, M. L., Management of Nervous Child. Journ. of Kansas Med. Soc. Nov.
301. Peterson, A. O., The Use of Tincture of Apocynum in Spinal Meningitis. West Med. Rev. XVI. 187—190.
302. Pettey, George E., Chronic Alcoholism, What Can and What Cannot be Accomplished by Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 22. p. 1744.
303. Pewnitzky, A., Die psychotherapeutischen Schulen Westeuropas nach perönlichen Beobachtungen. Revue f. Psych., Neurol. u. exper. Psychol. (russ.). 16. 74.
304. Plondke, Frederic J., The Treatment of Puerperal Eclampsia. The Journal of the Amer. Med. Assoc. LVI. No. 2. p. 115.
305. Potocki, De la saignée dans le traitement des accidents prééclamptiques et des accès éclamptiques. Journal de Méd. de Paris. No. 45. p. 873.
306. Powell, R., Ticks and Calcium Sulphate. Medical Herald. Dez.
307. Preiser, Ischiasbehandlung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1291.
308. Pring, G. H., and Evans, Arthur, Graves Disease; its Treatment, first by Medical Methods, and Later by Excision of One of the Lobes and the Isthmus of the Thyroid Gland. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 4. No. 6. Clinical Section. p. 122.
309. Pudor, Heinrich, Seefahrten als Kuren. Fortschritte der Medizin. No. 11.
310. Putnam, J. J., Ueber Aetiologie und Behandlung der Psychoneurosen. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 137—154.
311. Derselbe, Persönliche Erfahrungen mit Freuds psychoanalytischer Methode. Zentralbl. f. Psychoanalyse. I. 533.
312. Rad, v., Die Tabes und ihre Behandlung im Lichte der neueren Forschung. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 390. (Sitzungsbericht.)
313. Raoult, A., Rééducation auditive. Revue méd. de l'Est. p. 337—339.
314. Ravaut, Paul, Les indications cliniques et thérapeutiques fournies par la ponction lombaire au cours de la syphilis acquise et héréditaire. Le Monde médical. No. 428. p. 865.
315. Reed, R., Scientific Versus Amateur Psychotherapy. Lancet Clinic. July. 29.
316. Renterghem, A. W. van, Chirurgische anesthesie langs psychischen weg verkvegen. Geneesk. Courant. LXV. 201—205.
317. Rieck, Über Hypnose. Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Prof. Dr. Kocks: „Suggestionsnarkose und Hypnose". Zentralbl. f. Gynaekol. No. 6. p. 237.
318. Riva, A., Su la cura della corea. Clin. med. 1910. XLIX. 257.
319. Robin, Albert, Traitement préventif du ramollissement cérébral. Bull. gén. de Thérapeutique. No. 7—8.
320. Derselbe, Traitement de l'ictus apoplectique de la syphilis cérébrale et de l'hémiplégie. ibidem. T. CLXI. No. 9. p. 321.



321. Derselbe, Du traitement et particulièrement de l'emploi des agents physiques dans l'hémiplégie. Méd. mod. 1910. XXI. 409.
322. Robinson, A. A., The Treatment of Trifacial Neuralgia by Intraneural Injection of Alcohol. Med. Sentinel. 1910. XVIII. 697—702.
323. Rocaz, Traitement de la chorée par les injections sous-arachnoidiennes de sulfate de magnésie. Journ. méd. de Bordeaux. 16. Juli.
324. Rochemont, L. J. de, Hilfsmittel zur Übung von Taubstummen und Tauben. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. I. 1348. (Sitzungsbericht.)
325. Römer, C., Die Heilungsaussichten der Psychoneurosen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1614.
326. Romero, Louis O., La réflexothérapie dans le tabes et dans d'autres maladies. Paris. E. Chazelle.
327. Röper, Erich, Heilerfolge der Neurasthenie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 30. H. 2. p. 134.
328. Rosenberg, Josef, Neue Behandlungsweise der Epilepsie unter Berücksichtigung der hysterie- und neurasthenieähnlichen Krankheitserscheinungen. Berlin. 1912. Simion Nachf.
329. Rosenbluth, B., Routine Practice of Psycho-Analysis and its Related Subjects. Amer. Medicine. Dec.
330. Rosenwasser, Charles A., The Drink Habit, with Special Reference to Office Treatment. Medical Record. Vol. 80. No. 2. p. 65.
331. Ross, R., Experiments on the Treatment of Animals Infected with Trypanosomes, by Means of Atoxyl, Vaccines, Cold, X-Rays and Leucocytic Extract; Enumerative Methods Employed. Proc. of the Royal Soc. S. B. Vol. 83. B. N. 563. Biol. Sciences. p. 227.
332. Roth, E., Weitere Erfahrungen über die Eklampsiebehandlung nach Stroganoff. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 5. p. 247.
333. Rott, Fritz, Über das Wesen und die Behandlung des nervösen Erbrechens im Säuglingsalter. Therapeut. Monatshefte. H. 9. p. 526.
334. Ruttin, Über Kompensation des Drehnystagmus bei kompletter, lang bestehender Labyrinthausschaltung. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 452. (Sitzungsbericht.)
335. Sano, De la technique des injections d'alcool dans les névralgies du trijumeau. Journal de Neurologie. p. 110. (Sitzungsbericht.)
336. Sanz, E. Fernández, Trece Casos de Neuralgia del Trigemino tratados por las inyecciones de Alcohol. El Siglo medico. p. 146.
337. Sargent, P., The Alcohol Treatment of Trigeminal Neuralgia. St. Thomas Hosp. Gaz. XXI. 82—85.
338. Schaefer, M., Die Linkshänder in den Berliner Gemeindeschulen. Vorschläge zu ihrer naturgemässen Schulausbildung unter Zugrundelegung einer an 18 000 Berliner Gemeindeschulkindern erhobenen Statistik. Berliner klin. Wochenschr. No. 7. p. 295.
339. Schapps, J. C., A Note on the Treatment of Acute Poliomyelitis. Northwest Med. n. s. III. 162.
340. Schiro, S., Treatment of Syphilis of the Nervous System by Mercurial Inhalations in a Thermo-Diaphoretic Room. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jan.
341. Scholz, Wilh., Die Behandlung der Schlaflosigkeit. Mitt. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. No. 2—3. p. 73. 113.
342. Schroeder, P., Zur Behandlung der Morphinisten. Berliner klin. Wochenschr. No. 7. p. 281.
343. Schubert, Gotthard, Über die neue Behandlungsmethode des essentiellen Pruritus vulvae und anderer Sakralneurosen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 14. p. 745.
344. Scripture, E. W., Psychoanalysis and Correction of Character. Medical Record. Vol. 80. No. 18. p. 859.
345. Derselbe, Treatment of Stuttering. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 16. p. 1168.
346. Semple, D., The Relation of Tetanus to the Hypodermic or Intramuscular Injection of Quinine. Paludism. No. 2. 31—34.
347. Shanahan, W. T., Care and Treatment of Epileptics. New York State Journal of Medicine. Jan.
348. Sheffield, Hermann B., Lumbalpunktion, Morphin und Atropin bei akuter Urämie. Zentralbl. f. Kinderheilk. No. 5. p. 169.
349. Sicard, J. A., Zur Behandlung des Morbus Basedowii. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 2. p. 14.
350. Derselbe, Traitement mécanique de l'aerophagie par la „pince nasale“. Journ. de Médecine de Paris. No. 25. p. 499.
351. Derselbe, Behandlung der Tabes und Nervensyphilis mit Salvarsan. Bulletin médical. p. 458.



352. Sick, Konrad, Allgemeine Krankenhäuser und die Bekämpfung des chronischen Alkoholismus. Mediz. Corresp. Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 40. p. 645.
353. Sigalin, M., Athmungsgymnastik auf psychischer Basis. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 308.
354. Silberer, H., Mantik und Psychoanalyse. Centralbl. f. Psychoanalyse. 2. 78.
355. Sinding-Larsen, Kalomel og urotropin mot poliomyelit. Tidsskr. f. d. norske Laegefor. XXXI. 577.
356. Singer, Kurt, Die Therapie der Basedowschen Krankheit. **Übersichtsreferat.** Medizin. Klinik. No. 15. p. 579.
357. Derselbe, Altes und Neues zur Ischiasbehandlung. **Übersichtsreferat.** ibidem. No. 35. p. 1362.
358. Smirnoff, Donate, Vomissement, d'origine toxique, traité avec succès par suggestion. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 187. **(Sitzungsbericht.)**
359. Smyly, W. J., Treatment of Puerperal Eclampsia. Med. Press and Circular. Febr. 8.
360. Sohlern, von jun., Das „kleine Abdomen" in seinen Beziehungen zum Allgemeinbefinden und Gesamternährungszustand. Klin.-therap. Wochenschr. No. 47.
361. Sonnenberg, Über Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1643. **(Sitzungsbericht.)**
362. Spangler, R. H., Crotalin Treatment of Epilepsy. New York Med. Journ. Sept. 2.
363. Spear, J. J., Alcohol Injections in Treatment of Facial Neuralgia. Maryland Med. Journal. Jan.
364. Spyker, S., Speech Defects: Treatment. New Orleans Med. and Surg. Journ. July.
365. Stadelmann, Nervenheilanstalten für Kinder. Encyclop. Handb. d. Kinderschutzes. II. p. 81.
366. Stein, Conrad, und Fellner, Bruno, Zur Therapie arteriosklerotischer Ohrerkrankungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. X. p. 1129.
367. Stekel, W., Die psychische Behandlung der Epilepsie. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 220—234.
368. Sterne, Jules, Effets de l'hectine dans un cas de tabes et dans un cas de paralysie générale. (Emploi de l'hectine dans le traitement de la syphilis.) Revue méd. de l'Est. p. 664—668.
369. Stephens, J. W., Treatment of Opium Addiction. South Pract. XXXIII. 173—183.
370. Stevens, E. A., Deep Alcohol Injections for Persistent Neuralgia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. p. 1720. **(Sitzungsbericht.)**
371. Strasser, A., Quecksilberbehandlung der Tabes dorsalis. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 6. p. 373.
372. Strauss, H., Praktische Winke für die chlorarme Ernährung. Berlin. S. Karger.
373. Strunsky, M., Treatment of Chronic Infantile Paralysis. Amer. Journ. of Diseases of Children. April.
373a. Struycken, H. J. L., Alkoholinjektionen bei Neuralgien der Zunge und des Kehlkopfes. Ned. Tijdschr. p. Geneesk. 55. I. 1339. **(Sitzungsbericht.)**
374. Stuertz, Künstliche Zwerchfelllähmung bei schweren chronischen einseitigen Lungenerkrankungen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2224.
375. Terrien, F., Le traitement adjuvant du strabisme. Paris. Steinheil.
375a. Teutelais, S., Le traitement de la maladie de Little. Journ. de méd. de Bordeaux. 1910. XL. 833—835.
376. Thomas et Barbé, A., Influence heureuse du traitement mercuriel sur l'arthropathie des tabétiques. Revue neurol. I. p. 522. **(Sitzungsbericht.)**
377. Thompson, W. N., Institutional Treatment of Neurasthenia. Yale Med. Journ. XVII. 127—135.
378. Thomson, H. Campbell, Mental Therapeutics in Neurasthenia. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 76.
379. Toepel, T., Treatment of Anterior Poliomyelitis. Atlanta Journal-Record of Medicine. April.
380. Traugott, Die Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Therap. Rundschau. 1910. No. 22.
381. Trout, H. H., Treatment of Exophthalmic Goiter. Virginia Med. Semi-Monthly. Sept.
382. Tucker, B. R., The Treatment of Poliomyelitis, with Especial Reference to Prevention of Deformity. Pediatrics. XXIII. 270—277.
383. Tuckey, Charles Lloyd, Treatment of Neurasthenia by Hypnotism and Suggestion. The Practitioner. Vol. LXXXVI. No. 1. p. 185.
384. Turrel, Le tabes et son traitement par les injections intra-rachidiennes de mercure électrique. Thèse de Montpellier. 1910.
385. Urbantschitsch, V., Behebung des Schwindels durch Labyrinthausschaltung trotz weiter bestehendem Nystagmus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 443. **(Sitzungsbericht.)**



386. Vasconcellos, Les arsénicaux dans le traitement du tabes. Revue neurol. 2. S. p. 171. **(Sitzungsbericht.)**
387. Vires, Traitement des épilepsies symptomatiques. L'Encéphale. 5. II. 377. **(Sitzungsbericht.)**
388. Vittoz, Roger, Treatment of Neurasthenia by Teaching of Brain Control. London. Longmans, Green & Co.
389. Voegtlin, C., and Mac Callum, W. G., On the Influence of Various Salts upon Tetany Following Parathyroidectomy. The Journ. of Pharmacology. May. Vol. II. No. 5. p. 421.
390. Walthard, M., Ueber den psychogenen Pruritus vulvae und seine Behandlung. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 18. p. 831.
391. Wanke, Über Psychoanalyse. Neurol. Centralbl. p. 1339. **(Sitzungsbericht.)**
392. Watson, L. F., Treatment of Eclampsia. Surgery, Gynecol. and Obstetrics. April.
393. Waugh, W. F., Curability of Morphin Habit. Chicago Med. Recorder. Dec. 15.
394. Weill, L., Die interne Aspiration bei Periostitis und bei Trigeminusneuralgie. Strassburger Mediz. Zeitung. No. 1. p. 9—10.
395. Welsh, D. A., Choretone in Sea-Sickness. The Lancet. I. p. 1699.
396. Wieler, Adolf, Über die Injektionstherapie der Ischias. Inaug.-Dissert. Strassburg.
397. Williams, T. A., Specimens of Handwriting Before and After Treatment by Psychoanalytic Measures Followed by Re-Education. Washington Med. Annals. Jan. IX. 440—443.
398. Derselbe, Treatment of Pains of Acute Anterior Poliomyelitis. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 3. p. 192.
399. Derselbe, Physiological Measures in Therapeutics of Nervous Disease. Medical Press and Circular. Sept. 6.
400. Derselbe, Pen Palsy and Other Occupation Cramp Neuroses: Their Successful Treatment Made Possible by Psychoanalytic Measures Followed by Reeducation. Monthly Cyclopedia and Med. Bull. July.
401. Derselbe. Need of Neurologic Training in Psychotherapeutic Practice. Washington Med. Annals. July.
402. Derselbe, Des psychalgies par rapport à la chirurgie et la psychothérapie. Revue neurol. 2. S. p. 260. **(Sitzungsbericht.)**
403. Derselbe, The Role and Methods of Psychotherapy in the Care of the Psychasthenia Prediposing to Inebriety. The Functions of the General Practitioner Apart from Those of the Specialist and the Sanatorium. Medical Record. Vol. 80. No. 19. p. 919.
404. Derselbe, Psychic Measures in Medicine. Journ. of South Carolina Med. Assoc. Oct. VII. No. 10.
405. Williamson, R. T., Treatment of Chorea. Northwest Medicine. Nov.
406. Wingfield, Hugh, Four Cases Illustrative of Certain Points in Psycho-Analysis. Brit. Med. Journal. II. p. 256.
407. Wolbarst, A. L., Comparative Study of Case of Paresis and of Tabes Dorsalis After Administration of Salvarsan. New York Med. Journal. July. 1.
408. Wyrubow, N., Die psychotherapeutischen Aufgaben des Sanatoriums für Nervenkranke. Korsakoffsches Journal. (russ.) 10. 831.
409. Yakimoff, W. L., et Kohl-Yakimoff, N., Nouvelle communication relative au traitement de la maladie du sommeil et de la tick-fever par le „606". Bull. Soc. path. exot. IV. 141—144.
410. Young, G. A., Therapeutic Points in Reference to Neuroses. Western Med. Review. Oct.
411. Zeiler, A. H., Hexamethylenanim in Influenzal Meningitis. Amer. Journ. of Diseases of Children. June.
412. Zinke, E. Gustav, Über die Anwendung von Veratrum viride bei Eclampsia gravidarum. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1351.
413. Ziveri, A., La cura sottocutanea di liquido cefalo-rachideo nell'epilessia e in alcune psicosi ha qualche utilità? Gazz. d. osp. 1910. XXXI. 548—549.
414. Zuntz, Leo, Zur hygienischen und klinischen Würdigung des Wanderns. Berliner Klinik. Aug. H. 278. Berlin. Fischers Mediz. Buchhandlung. H. Kornfeld.

In der speziellen Therapie der Nervenkrankheiten sind wesentliche Veränderungen nicht zu verzeichnen. Was die Freudsche Psychoanalyse anbetrifft, so ist mit Genugtuung zu bemerken, daß die Anhänger ihre Fehler und Übertreibungen mehr und mehr einsehen, die Gegner sich in ihrer Auffassung und Bekämpfung mäßigen und den guten Kern der Sache nicht verkennen. Bei den funktionellen Neurosen steht die Psychotherapie mit ihren verschiedenen Formen noch im Vordergrunde.



Allgemeines.

Hirschlaff (176) gibt hier eine genaue Beschreibung seiner Apparate und Übungen, die die Abwesenheit jeder Tätigkeit der Körpermuskulatur und der höheren Sinnesorgane bezwecken und von dieser Ruheübung zu geistiger Konzentration führen sollen, welche systematisch geübt wird. Dabei werden alle äußeren Sinnesreize ferngehalten und die gesamte willkürliche Körpermuskulatur absichtlich entspannt.

Mercklin (261) berichtet über den Erfolg der öffentlichen Schlaf- resp. Ruhestellen, die auf der internationalen Hygieneausstellung in Dresden in Anwendung kamen. Wenn auch die leichte Zugänglichkeit, Bequemlichkeit, Reinlichkeit, Trennung der Geschlechter, Billigkeit zutrafen, so ließ die Geräuschlosigkeit viel zu wünschen übrig. Türen und Wände entbehren der nötigen Schalldichtigkeit: die einzelnen Kabinen sind schalldichter zu isolieren, der Weckeapparat nach abgelaufener Ruhestunde muß möglichst andere Ruhende nicht stören.

Liepmann (236) konnte feststellen, daß das, was wir über die Erziehbarkeit der minderbegabten Hemisphäre durch Übung der dazu gehörigen Hand wissen, sich bei kritischer Betrachtung auf ein Minimum reduziert. Andrerseits sind entscheidende Tatsachen, die die Erfolge der Linksübung von vornherein aussichtslos erscheinen lassen, nicht vorhanden. Von seiten der Hirnpathologie sollte der Zweihändigkeitsbewegung freie Bahn gelassen werden. Versuche im großen Stil an Schulkindern angestellt, sollten hier ausschlaggebend sein. Die Zweihändigkeit würde ja zweifellose Vorteile haben. Der Übertreibung dieser Ansichten muß von vornherein gesteuert werden. Daß eine durch viele Generationen fortgesetzte Übung der Zweihändigkeit das geistige Können, unsern Vorstellungsschatz der rechten Hemisphäre, ihre Leistungsfähigkeit heben wird, erscheint bisher nur als Hypothese.

Unter 18000 Kindern Berliner Gemeindeschulen fand **Schaefer** (338) 5,15%ige Linkshänder unter den Knaben (5830) und 2,98%ige (3435) Linkshänder unter den Mädchen. Unter 448 Lehrkräften fand er 2%ige (10) Linkshänder. Die linke Hand darf bei Linkshändern nicht brach liegen, ihr muß bei der Erziehung dieselbe Rolle zuerteilt werden, die die rechte Hand bei Rechtshändern schon immer genießt. Das richtigste wäre mehr Linkskultur, d. h. die Ausbildung beider Hände unter Berücksichtigung der ursprünglichen Veranlagung als Rechts- oder Linkshänder.

Fletcher's (117) Lehren über die Eßsucht und Eßkunst sollen hier dem deutschen Publikum durch die Übersetzung zugänglicher gemacht werden. Sie werden in dem Werke ausführlich begründet. Eine unwiderstehliche Arbeitslust in physischer oder geistiger Beziehung verspricht Fletcher denen, die seine Ratschläge befolgen. Wir leben nicht von dem, was wir essen, sondern von dem, was wir verdauen und assimilieren. Durch ein genügendes Kauen und die perfekte Durcharbeitung der Speise im Munde und die erst darauf folgende vollkommene Verdauung und Assimilation ist es den Bakterien nicht möglich, weiter als in den Magen zu kommen: Die genossenen Speisen sollen wir durch gutes Kauen und Aufmerksamkeit beim Durcharbeiten derselben im Munde würdigen lernen. Man esse nur bei ausgesprochenem Appetit und kaue alles Feste so lange, bis es breiig oder flüssig geworden ist und einen Schluckreflex auslöst. Alles werde schon im Munde genügend ausgekostet. Diese Sorgfalt des Kauens und der Mundarbeit kostet nicht mehr Zeit. Man erspart dadurch das viele Essen. Man soll niemals essen, wenn man sich geärgert hat oder gedrückter Stimmung

ist. Menge und Beschaffenheit der Saliva im Munde sind zu kontrollieren, zu bessern und zu pflegen.

Zuntz (414) befürwortet die Ausdehnung des Wanderns als hygienischen Sport. Es bedarf keinerlei Kosten, Apparate, Plätze wie andere Sportarten. Es wirkt anregend durch den hohen Naturgenuß. Geeignete Kleidung und eine gewisse hygienische Beobachtung erfordert auch das Wandern, das an den O-Verbrauch und die Herztätigkeit besondere Anforderungen stellt. In der Entwicklungszeit wirkt es besonders günstig. — Die Wirkung auf das Nervensystem als Anregung, Beschäftigung, Ablenkung, Willensbetätigung usw. werden vom Verf. hier nicht hervorgehoben.

Godtfring (140) berichtet hier über die Versuche, die geeignet sind, Sprechgebrechen und ihre Fortbildung im vorschulpflichtigen Alter zu verhüten. Die sprachgebrechlichen Kinder werden hier vor der Einschulung unterrichtet (Schleswig-Holstein), dabei werden schwachsinnige und idiotische Kinder vom Unterricht ausgeschaltet. Stotterer und Stammler werden getrennt unterrichtet. Atemstimmübungen wie Übungen der Sinne werden nacheinander vorgenommen. Bei den letzteren wird der Tastsinn und die Ausbildung des Gefühlssinns der rechten Hand besonders geübt und für die Sprachentwicklung verwertet, die Übungen der rechten Hand (Bilden von Figuren, Betätigung) werden von den Kindern benannt und so die Sprache angeregt und systematisch geübt.

Müller (276) sah bei Schwerhörigen von einem Taschentelephonapparat an Stelle des üblichen Hörrohres zufriedenstellende Wirkungen.

Fröschels und **Simon** (127) berichten hier über die Erfolge in dem Ambulatorium für Sprachstörungen im St.-Anna-Kinderspitale in Wien. Beim Stottern wandten sie keine einheitliche Methode an und zogen bei schweren Stotterern die Liebmannsche Methode vor. In einigen Fällen genügt die Gutzmannsche Methode allein. — Bei Taubstummen wirkten die Urbantschitschschen Hörübungen unterstützend für die Ausbildung von Sprache und Stimme.

Bei Periostitis der Kiefernknochen und bei Trigeminusneuralgie können die Schmerzanfälle bisweilen durch einen von **Weill** (394) konstruierten Apparat, vermittels dessen im Innern der Mundhöhle die sogenannte „interne Aspiration" ausgeübt wird, gelindert werden. Der Apparat selbst ist in der „Straßburger Medizinischen Zeitung" 10. Heft, 1910, beschrieben.

Kaz (204) empfiehlt bei vermeintlicher Amblyopie und nervöser Asthenopie den Gebrauch von Plangläsern, deren Anwendung ihm häufig günstige Erfolge brachte.

Pudor (309) empfiehlt angelegentlich die Seefahrten als Kuren und die Einrichtung dazu geeigneter Schiffssanatorien.

Therapie der funktionellen Nervenkrankheiten.

a) Psychotherapie und Hypnose.

Becker (19) wendet sich hier gegen die Überhandnahme der psychotherapeutischen Literatur und vor allem gegen das Einzwängen psychisch abnorm veranlagter Menschen in eine bestimmte philosophische Weltanschauung oder überhaupt in eine einzige allvermögende Heilmethode. Man gebe solchen Kranken nur Klares, Einfaches, Sicheres, Bestimmtes ohne philosophischen, ethischen, systematischen Beigeschmack in der Psychotherapie.

Donath (87) geht hier auf die einzelnen psychotherapeutischen Richtungen näher ein, so auf den Hypnotismus, die rationelle Psychotherapie im Dubois-



schen Sinne und die Freudsche psychoanalytische Methode; letztere hält er in der Therapie für entbehrlich.

Décsi (79) befaßt sich in seiner Abhandlung mit der Entwicklung der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden von den uralten Zeiten bis zum heutigen Tage und bekämpft den Standpunkt, daß nur eine solche Psychotherapie erfolgreich sein kann, die auf der Freudschen Psychoanalyse beruht. — Auf die Hygiene der Nerven muß großes Gewicht gelegt werden. (*Hudovernig.*)

Ferenczi (111) vertritt in einer sehr langen Abhandlung seinen Standpunkt gegen jene Anschauungen der meisten Neurologen, daß die Psychoanalyse eine Suggestion sei! Um seinen Standpunkt behaupten zu können, befaßt er sich in sehr eingehender Weise mit dem Wesen und Unterschiede der Suggestion und Psychoanalyse. — Er meint, daß der größte Unterschied zwischen Suggestion und Psychoanalyse der sei, daß bei der Suggestion das Hauptziel das Einschmuggeln von verschiedenen Affekten, Empfindungen, Gedanken, Wollen in das Seelenleben anderer sei, und daß das suggerierte Individuum die eingegebenen psychischen Einflüsse durch das Bewußtsein nicht korrigieren könne, hingegen bei der Psychoanalyse nur das als Ziel angestrebt wird, daß das psychoanalysierte Individuum den Äußerungen des Psychoanalisators nur dann Glauben schenkt, wenn es sich beim klaren Lichte des Bewußtseins davon überzeugte, daß die zum Vorscheine gebrachten, im Unterbewußtsein lange unterdrückt gewesenen Affekte usw. auch wirklich wahr sind. — Dieser Hauptunterschied ist auch das Hauptargument dafür, daß die Psychoanalyse keine Suggestion sein kann. — Denn die Aufforderung zur Kritik und Skepsis gegen die Äußerungen des psychoanalysierenden Arztes kann doch keine Suggestion genannt werden. — Verf. meint, daß der Umstand, daß die Psychoanalyse bis jetzt in der Therapie der Neurosen noch kein Bürgerrecht erreicht hatte, auch ein Beweis dafür sei, daß die Psychoanalyse keine Suggestion sein kann. (*Hudovernig.*)

Scripture (344) empfiehlt die psychanalytische Methode zur Erkennung und Verbesserung pathologischer Charaktereigenschaften. Keine Methode bringt Arzt und Patient in nähere Beziehung und zu größerer Vertrautheit miteinander, und keine andere Methode läßt so gut die Charaktereigenschaften des Kranken hervorheben. Die Methode ist ein notwendiges Postulat zur Heilung, da der Kranke auf diese Weise seine Anomalien am besten kennen und auf ihre Urquellen (abnorme Instinkte) zurückführen lernt.

Das Buch **Bergmann**'s (23), das wohl für Laien verständlich geschrieben ist, soll diesen nicht zur eigenen Behandlung und Selbstbefreiung dienen ohne ärztliche Hilfe. Es soll neben der psychotherapeutischen Wirkung des Arztes den Patienten weiter aufklären und die seelische Beeinflussung des Arztes unterstützen. Die Studien des Verf. schließen sich an seine eigenen Erfahrungen in der Sprechstunde eng an. Es hat einen Teil, der über die Entstehung nervöser Krankheiten handelt, und einen zweiten über Beseitigung derselben. Die Migräne und Epilepsie, als psychisch nicht beeinflußbar, sind nicht in den Rahmen der Betrachtung gezogen. Unter den Heilmitteln wird der Arbeit ein weiter Raum zuerteilt. Der Verf. zieht die aufklärende Psychotherapie bedingungslos allen hypnotischen Beeinflussungen vor; nur in Fällen, wo der Wille zu sehr daniederliegt und die geistige Auffassungsfähigkeit zu gering ist, kann die Hypnose die psychotherapeutische Aufklärung ersetzen.

Bayerthal (17) nimmt den Erziehungsbegriff in weitestem Sinne, und zwar die Hemmung und Förderung der ererbten Anlage von der Befruchtung der



Keimzelle an bis zum Beginn der Selbsterziehung. Dabei soll eine planmäßige Einwirkung stattfinden, die sowohl das Wohl des einzelnen Individuums wie die Gesamtheit, Rasse berücksichtigt.

Wingfield (406) beschreibt 4 Fälle, in denen er die psycho-analytische Methode mit Erfolg anwandte und gelegentlich mit Suggestivtherapie verband.

Bleuler's (35) Buch bildet einen Sonderabdruck aus dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen (II. Bd.). Es richtet sich gegen die vielfachen Einwendungen, die gegen die Freudsche Lehre in den letzten Jahren gemacht wurden. Heilbronners Untersuchungen erscheinen ihm besonders bemerkens- und anerkennenswert. Alle anderen Versuche, die Freudsche Lehre zu erschüttern, beruhen nach Bleuler auf theoretischer oder praktischer Unkenntnis der Tiefenpsychologie. Die Angriffe auf die Therapie Freuds mit ethischen Momenten hält der Verf. für unwissenschaftlich. Die Fehler in der Darstellung und Polemik von seiten der Freudschen Schüler werden zum Teil zugegeben. Der wesentliche Teil der Freudschen Lehre stützt sich in logischer Weise auf sichere Tatsachen und wird denjenigen nicht verblüffen, der die Tätigkeit der Affektivität in unserer Psyche gut kennt. Ein Teil der Freudschen Psychologie ist eine diskutable Hypothese, die sich als sehr fruchtbar erweisen kann. In der Kleinarbeit wird von der Schule noch viel Unfertiges und Problematisches hervorgebracht.

Frink (124) beschäftigt sich hier mit der Freudschen Lehre von den Träumen usw. Er befürwortet die Anwendung der Freudschen Methoden, ohne ein Recht zuzugestehen, daß man ihre ästhetische Bewertung ins Auge faßt. Die Methode wirkt in geeigneten Fällen sicher heilend, nur die Prozentzahl der Fälle, die sich für dieselbe eignet, muß allmählich festgestellt werden. Auch sind Übertreibungen zu vermeiden.

Die Auseinandersetzungen **Booth**'s (40) über die Neurasthenie und Psychotherapie vom physiologischen Standpunkt bieten nichts wesentlich Neues.

Jones (194) sucht hier einige Einwendungen, die gegen die Anwendung der psycho-analytischen Methode gemacht wurden, zu bekämpfen.

Auch **Klingmann** (209) sah große Erfolge von der Freudschen Psychoanalyse und sagt dieser Behandlungsart eine große Zukunft voraus.

Pashayan (296) beschreibt die Dubois- und Freudsche Methode der Psychotherapie sowie die Überrumplungsmethode von Bruns.

Laubi (222) beschreibt hier einen Fall von Stottern bei einem erwachsenen Menschen, der durch Psychoanalyse speziell nach der Frankschen Methode geheilt werden konnte. Er betrachtet diese Methode als sehr geeignet, die Angstzustände beim Stottern zu beseitigen. Im Halbschlaf (Frank) gelingt es, alle aus der Vergangenheit stammenden beunruhigenden Momente abzureagieren und einen innigen psychischen Kontakt mit dem Kranken herbeizuführen.

Jones (196) hebt die Vorteile der Aufklärungstherapie und der Psychoanalyse gegenüber dem therapeutischen Wert der Hypnose hervor.

Jones (195) sieht in dem Begriff der Suggestion zwei Prozesse resp. Wirkungen, erstens die verbale Suggestion und dann die affektive Suggestion. Die affektive Suggestion oder die Übertragung gewisser affektiver Prozesse aus dem Unbewußten von einer Person auf die andere spielen bei den psychosexuellen Vorgängen und Psychoanalysen eine große Rolle. Vor allem bei den Psychoneurosen hat die affektive Suggestion einen großen Raum; sie führt auch zur Verschiebung und Veränderung von Vorstellungen. Die Psychoanalyse entbehrt am ehesten der affektiven Suggestion bei der Behandlung. Sie hebt unbewußte Regungen in das Bewußtsein und kann



sexuelle Triebe und Vorgänge in das höhere, nicht sexuelle Gebiet erheben und sublimieren durch bewußte Einwirkung des Arztes und bewußte Umarbeitung, die der Kranke selbst vornimmt.

Moricheau-Beauchant (271) sieht in der suggestiven Wirkung wie in der psycho-analytischen Methode nicht eine einfache psychische Wirkung, sondern legt einen großen Wert auf den affektiven Rapport, der die Einwirkung des Arztes nur ermöglicht, und nach Janet auch bei allen hypnotischen Wirkungen mit in Frage kommt. Dieser Rapport geht oft so weit, daß die Patienten alle ihre wachgewordenen Gefühle und Erinnerungen in ihren Gedanken auf die Persönlichkeit des Arztes übertragen. Bei vielen beruht hierauf der psychotherapeutische Effekt.

Niles (287) empfiehlt zur Behandlung der psychisch bedingten Indigestion psychisch wirkende Faktoren (Reisen, Änderung der Umgebung, Tätigkeit, Lebensweise, Fernhaltung von Affekten).

Moll (268) erkennt der Hypnose hier nur einen bedingten Wert zu; die Freudsche Psychoanalyse greift er mit Nachdruck an und verweist auf die Kastration bei sexuellen Perversionen. Mit Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs soll man vorsichtig sein. Gute Erfolge hatte er von der bisher ignorierten rationellen Assoziationstherapie. Sie setzt sich zusammen aus der richtigen Leitung des Vorstellungslebens, aus systematischer Ausbildung der normalen und methodisch verstärkten Unterdrückung der perversen Assoziationen, Erschließung der gesunden Individualität und Hinüberleitung zu dem Normalen. Bei dem homosexuellen Manne lasse man die spezifischen Reize des Weibes wirken und umgekehrt, ohne daß es zum geschlechtlichen Verkehr komme. Das Perverse läßt sich sowohl bei stark degenerierten erblich belasteten wie bei leidlich normalen Persönlichkeiten umwandeln. Neben der psychosexuellen Therapie wird die allgemeine psychische und somatische Behandlung zu berücksichtigen sein. Zur Heilung ist der Entschluß des Kranken, an der Behandlung mitzuarbeiten und von ihm liebgewordenen sexuellen Vorstellungen frei zu werden, die erste Vorbedingung.

Walthard (390) führt den psychogenen Pruritus auf eine funktionelle Störung der Apparate für die bewußte Sensibilität zurück. Die gesteigerte Empfindlichkeit und die Umwandlung unbewußter in bewußte sensible Funktionen kommt bei derartigen Patientinnen auch auf anderem Gebiete vor. Die emotionelle Ermüdung des Nervensystems gibt die Ursache ab für diese Hyperästhesien. Die Behandlung besteht in psychischer Korrektur der Symptome, in Beruhigung, Aufklärung über die übermäßige Bewertung der betreffenden Vorstellungen, Einlenkung des logischen Denkens in die richtigen Bahnen, Ablenkung usw.

Rieck (317) teilt hier seine Erfahrungen über Hypnose mit, die er selbst als Medium vor vielen Jahren durchgemacht hat. Er betrachtet den hypnotischen Zustand als eine eigenartige, bestimmte körperliche Veränderung, deren Anfang und Ende scharf begrenzt sind (Trancezustand). Man kommt in Hypnose nicht nur aus Mangel an geistiger Energie, sondern auch durch besonderen Aufwand an geistiger Energie. Hypnose ist keineswegs eine Steigerung der Suggestion.

Meige (258) nimmt hier Stellung zu den Äußerungen Babinskis über den Hypnotismus. Man kann einen Menschen wider seinen Willen nicht hypnotisieren; der Hypnotisierte kann beim Erwachen die Erlebnisse oder Eindrücke während des Schlafzustandes nicht vergessen. Auch im lethargischen Zustand ist der Mensch nicht ohne Bewußtsein. Der Hysterische ist in gewissem Sinne schon an und für sich ein halber Simulant.



Geijerstam (136) gibt hier kasuistische Beiträge zur günstigen Wirkung der Hypnose bei funktionellen Nervenkrankheiten. Auch bei Dysmenorrhoe, Masturbation und ähnlichen Erscheinungen sah er günstige Erfolge durch die Hypnose.

Cruchet (73) bespricht hier die verschiedenen Formen der Hypnose resp. der Suggestion, und zwar im normalen Schlaf, im hypnotischen Schlaf und im Schlaf, der bei Hysterischen durch anästhesierende resp. schlaferzeugende Mittel erzeugt wird. Die suggestive Heilung hält oft nicht vor und versagt bei mehrfachen Wiederholungen. Auch sind alle hypnotisierten Menschen nicht suggerierbar und alle suggerierbaren nicht leicht zu hypnotisieren. Der Wert der Suggestion wird durch kritische und streng ausgewählte seltene Anwendung in den geeigneten Fällen nur erhöht, in anderer Weise aber leicht herabgesetzt.

Bernheim (26) betrachtet die Hypnose als einen durch Suggestion herbeigeführten Schlaf. Die hypnotischen Phänomene (Katalepsie, Anästhesie, Suggestibilität) lassen sich bei suggestiblen Personen auch im Wachen herbeiführen. Der hypnotische Schlaf unterscheidet sich dort, wo er reell ist, in nichts von dem natürlichen. Deshalb hat der Hypnotismus keine speziellen therapeutischen Vorzüge. Der künstlich herbeigeführte Schlaf kann in einzelnen Fällen angezeigt und nützlich sein. Die Psychotherapie wirkt im wachen Zustand ebenso gut wie im hypnotischen Zustand.

b) Krampfzustände.

Rott (333) sah beim nervösen spastischen Erbrechen der Kinder, deren Ursache in einer Hyperästhesie der Magenschleimhaut zu suchen ist, von der therapeutischen Anwendung des Kokains guten Erfolg, wenn fettfreie Diät allein nicht zum Ziele führte. Wo allgemeine Schlaffheit und mehr eine Atonie vorlag, war Kokain nutzlos. Beim Pylorusspasmus ist die Anwendung des Kokains zu versuchen.

Jödicke (193) empfiehlt bei hartnäckigem Singultus und speziell Zwerchfellkrämpfen auf reflektorischem Wege ein Verfahren, das darin besteht, daß man den Kranken beide Beine im Hüft- und Kniegelenk ad maximum beugen läßt und der Arzt die Beine mit ziemlicher Gewalt gegen den Leib drückt. Dabei werden die Gedärme so viel wie möglich gegen das Diaphragma gedrängt.

v. Hartungen (164) heilte einen hartnäckigen Fall von Torticollis durch Verordnung von Corticin in Einreibungen, Pillen und Injektionen. Letztere wurden von einer Lösung gemacht, die enthielt Atropin sulfuric. 0,01, Corticini puri cryst. Aqu. dest. aa 10,0.

Hofbauer (179) sah wohl von subkutanen Adrenalininjektionen vorübergehende Kupierungen der Asthmaanfälle, aber nie eine Dauerwirkung. Eine solche sah er von Atemübungen, die er vorschreibt, und die auch in den anfallsfreien Zeiten ausgeführt werden müssen.

Rosenberg (328) gibt hier eine möglichst gemeinverständliche Darstellung seiner Behandlungsmethode der Epilepsie, „damit auch die nicht ärztlichen Kreise, die sich für die vorliegende Arbeit interessieren, aus derselben Vorteil ziehen können". Wohl aus demselben Grunde läßt er in einem besonderen Anhang eine Übersetzung aller in der Arbeit vorkommenden Kunstausdrücke — eine Art Lexikon für Laien — folgen. Trotzdem glaubt er, seinem Buche nur einen streng wissenschaftlichen Boden und Inhalt gegeben zu haben. Das Buch soll Laien nur zur Belehrung dienen und sie vor Kurpfuscherei bewahren; aber der Verf. warnt gelegentlich auch im

Texte vor Selbstbehandlung. Verf. sucht eine neue Hilfswissenschaft in die Medizin einzuführen, und zwar eine Molekularphysik, mit deren Hilfe er das Wesen der Epilepsie zu erklären sucht. Er sieht sich danach bemüßigt, die bisherige antiepileptische Therapie von Grund aus zu verändern. Die Tatsache, daß zwischen der Epilepsie, die ihren Sitz in der Großhirnrinde hat, und dem Gefäßsystem enge Beziehungen bestehen, gab dem Verf. einen wichtigen Anhaltspunkt für seine Behandlungsmethode. Die Menge des anzuwendenden Mittels ist durch genaue Beobachtung, Blutdruck- und Pulsfrequenzbestimmungen festzustellen. Mit seinem Epileptol konnte der Verf. die schwersten Fälle von Epilepsie heilen oder bessern und auch auf die psychischen Funktionen günstig einwirken. Mit der Behandlung ist eine gewisse Diät, Hydrotherapie, bestimmte Kleidung, Lebensweise verbunden. Die theoretischen Erwägungen des Verfs. bei der Ausarbeitung seiner Lehre und Methode stützen sich auf die Herbart-Corneliussche Molekularphysik, auf die Beziehungen der Epilepsie und der verwandten Neurosen zu dem Gefäßsystem usw. Die jeweilige Qualität der molekularen Gleichgewichtsstörungen erkennt er aus einem von ihm aufgestellten funktionellen Grundgesetz für Herz und Gefäße (schwache Reizung bewirkt Herzförderung, Gefäßerweiterung, starke Herzhemmung, Gefäßzusammenziehung). Verf. wendet sich gegen die bisherige schematische Schulbehandlung, der er seine individualisierende entgegenstellt. Viel Wert legt er auf die Lebensweise der Epileptiker und die Fernhaltung aller Reize. Das zweckmäßige Antiepileptikum muß Herz- und Gefäßtätigkeit in erster Reihe zu beeinflussen versuchen; es muß außerdem noch befähigt sein, die epileptische Gleichgewichtsstörung der kortikalen Nervenmoleküle direkt zu beeinflussen. Das Epileptol ist ein Ameisensäurederivat, und die Ameisensäure ist das wirksame Prinzip in dem Epileptol. Es wird tropfenweise gegeben. Näheres ist aus dem Buche selbst zu ersehen.

Fackenheim (107) sah gute Erfolge bei Epilepsie durch Krotalin, ein Präparat aus den Giftdrüsen der Klapperschlange (Crotalus adamanteus). Unangenehme Nebenerscheinungen wie beträchtliche lokale Beschwerden (Schwellungen usw.) sind nicht zu vermeiden. In wöchentlichen Intervallen wurden $^1/_{200}$ g bis $^1/_{50}$ g injiziert.

Gottschalk (146) gibt hier Tabellen und Diätzettel der Nahrungsmittel, wie sie in dem Hospital Villejuif gegeben werden. Er legt der diätetischen Behandlung der Epileptiker neben der medikamentösen und hygienischen einen großen Wert bei. Alle schwer verdauliche Kost ist auf ein Minimum zu reduzieren. Bei zu Epilepsie Belasteten und jungen Epileptikern ist die Milch- oder ausschließlich Milcheiweißkost vorzuziehen. Verminderung des Kochsalzes ist nur geboten bei Nierenaffektionen oder bei Retention von Chlorsalzen. Die besten Resultate erzielt man bei Epileptikern durch vegetarische Kost mit Bevorzugung der Kohlenhydrate. Doch ein Teil der Epileptiker braucht eine bestimmte Menge Fleischnahrung und verträgt die vegetarische Kost weniger gut. In jedem einzelnen Falle ist individuell zu prüfen. Eine zeitweise Nahrungseinschränkung und Reduktion der toxischen Stoffe scheint den meisten Epileptikern gut zu tun (auch Abführmittel und reichliches Trinken).

Munson (278) tritt hier warm für die Kolonisationsbehandlung der Epileptiker in eigenen Kolonien ein und beschreibt deren Einrichtung.

Munson (279) befürwortet die Einrichtung eigener Kolonien und Heime für Epileptische, in denen deren Lebensweise aufs genaueste geregelt und kontrolliert wird. Diese Anstalten sind von anderen zu trennen und mit landwirtschaftlichem Betriebe zu verbinden.

Marie (246) hat bei Epileptikern, die er einer sogenannten Desintoxikationskur unterwarf, bedeutende Besserungen erzielt. Die Kur besteht in einer allgemeinen Beschränkung der Nahrungszufuhr, zeitweiliger völliger Abstinenz und Verabreichung von Purgantien (Natriumsulfat).

An der Hand eines Falles von Graviditätstetanie berichtet **Meyer** (262) über die günstigen Erfolge, welche bei derartigen Leiden eine Behandlung mit Kalziumsalzen ($CaCl_2$) zu erzielen imstande ist.

Voegtlin und **MacCallum** (389) teilen die Resultate ihrer Versuche mit, welche sie an parathyreoidektomierten Hunden mit Injektionen von Kalzium, Magnesium, Strontium und verschiedenen anderen Salzen angestellt haben. Besonders hervorzuheben ist, daß nach Kalzium-, Strontium- oder Magnesiumzufuhr die Erregbarkeit der Nerven bedeutend verringert wird.

Plondke (304) wandte mit Erfolg bei der Eklampsie eine Kombination der Venäsektion resp. des Aderlasses mit folgenden Salzinfusionen an.

Potocki (305) sah von dem Aderlaß bei Eklampsie vorzügliche Erfolge, sowohl im präeklamptischen Stadium wie nach Ausbruch der Eklampsie. Das ist das beste Mittel gegen die vorhandene Autointoxikation. Der Aderlaß wird sehr reichlich ausgeführt, 500—1000 g.

Kayser (203) wendet bei eklampsieverdächtigen Fällen zunächst eine exspektative Behandlung an. Bei Fortschreiten der Erscheinungen ist die Frühgeburt, am besten durch Sprengung der Blase angebracht. Bei ausgebrochener Eklampsie kommt nur die sofortige Beendigung der Geburt in Betracht, und zwar je nach dem Stande des Muttermundes (Zange, Extraktion, Wendung, Kaiserschnitt usw.). Selbst die Perforation des Kindes ist gelegentlich ein berechtigter Eingriff.

Bei der Eklampsie ist nach **Heinze** (167) die künstliche Entbindung zu empfehlen, die schnell und ohne Mitwirkung der Wehen erfolgen muß (vaginale Hysterotomie, abdominaler Kaiserschnitt, Zange oder Wendung). Bei Fortbestehen der Eklampsie kommt die Ausschabung, und zwar auch bei anscheinend vollständiger Lösung der Plazenta in Frage. Hilft das nicht, so ist eine Nierendekapsulation zu versuchen neben allgemeinen Maßnahmen, wie Aderlaß, rektaler Kochsalzeinguß, Diuretici, Herzexzitantien, künstliche Atmung usw.

Hannes (160) warnt hier vor den trügerischen Schlüssen, die Roth und andere aus einer Statistik der Eklampsie in bezug auf den Wert therapeutischer Verfahren (nach Stroganoff und anderen) machen. Meist handelt es sich um zu kleine Zahlen.

Roth (332) empfiehlt die Eklampsiebehandlung nach Stroganoff und sah bei seinen 50 Fällen in 17 Fällen sofort nach Beginn der Behandlung die eklamptischen Anfälle aufhören, ohne daß die Geburt bald eingetreten war. (*Bendix.*)

Zinke (412) hat bei Eklampsie das Veratrum viride, wie es von Baker und Reamy empfohlen wurde, angewandt und bei 26 Frauen vier Todesfälle gehabt. Von den Kindern starben 14. Zinke hebt dieses günstige Resultat hervor, das er ohne chirurgische Eingriffe oder Accouchement forcé erzielte. (*Bendix.*)

Engelmann (102) empfiehlt bei Eklampsie die möglichst sofortige Überführung in eine größere Klinik, und zwar gleich nach dem ersten Anfall, da die sachgemäße Behandlung an Arzt und Pflegepersonal die größten Anforderungen stellt. In schwereren Fällen wird sofort die forzierte Entbindung ausgeführt, in leichteren die Geburt beschleunigt. Ist die Überführung in die Klinik nicht möglich, so kommt die Erweiterung des Muttermundes unter Chloroform in Frage und die eventuelle Opferung des Kindes. Die



Kranke ist zu isolieren, alle Reize fernzuhalten und mit Morphiuminjektionen und Chloralklysmen zu beruhigen. Aderlässe und Herzmittel sind nicht zu scheuen.

Für die Behandlung der Epilepsie stehen uns nur wenige bromfreie Ersatzpräparate zur Verfügung. Nachdem sich Zerebrin und Epileptol als unwirksam erwiesen haben, wandte sich das Interesse **Jödickes** (192), gestützt auf die Empfehlungen namentlich dänischer Autoren, dem Borax zu. Er verabreichte 14 Epileptikern der Kückenmühler Anstalten Natr. bibor. in allmählich steigenden Tagesgaben von 0,9—2,0 g. Ein Patient schied bereits nach zwei Monaten wegen Appetitlosigkeit und zunehmender Körperschwäche aus. Bei weiteren drei Kranken häuften sich während dieser Periode die epileptischen Paroxysmen in der Weise, daß die Kur abgebrochen werden mußte, während sie bei allen übrigen sieben bis zehn Monate hindurch ununterbrochen durchgeführt wurde. Bei acht Epileptikern konnte weder in der Zahl und Schwere der Anfälle noch im sonstigen Verhalten eine wesentliche Änderung wahrgenommen werden. Zweifellose Erfolge wurden bei zwei Patienten erzielt; hier trat Hand in Hand mit der beträchtlichen Abnahme der Krämpfe eine allgemeine Besserung des körperlichen und psychischen Befindens ein: Als unangenehme Nebenwirkungen wurden Erbrechen, dünnbreiige Stühle, Haarausfall, Ödeme der Füße, leichte Nierenreizung, papulöses Exanthem, Dyspnoë und Myokarditis beobachtet, Erscheinungen, die nicht zu einer Fortsetzung ermutigten. Danach erscheint die reservierte Zurückhaltung der internen Anwendung von Natr. bibor. bei Epilepsie, besonders in Deutschland, durchaus gerechtfertigt. (*Autoreferat.*)

Die Behandlung der Epilepsie hat nach **Hunt** (184) in erster Linie die Ursache zu berücksichtigen. Wo keine Ursache gefunden werden kann, muß sie sich auf Innehaltung eines geeigneten hygienisch-diätetischen Verhaltens und einer geregelten medikamentösen Therapie beschränken.

Baccelli (8) weist mit Hilfe von zwei Tabellen von schweren und sehr schweren Tetanusfällen darauf hin, daß er bei schwerem, spontan unheilbarem Tetanus durch Karbolinjektionen ein hohes Heilungsresultat von 98 %, bei schwerem Tetanus ein solches von 81—85 % feststellen konnte. (*Bendix.*)

c) Neurasthenie. Hysterie.

Von 340 behandelten Fällen **Römer**'s (325) fallen 3,5 % auf die echte, erworbene und 96,5 % auf die konstitutionelle Neurasthenie (konstitutionelle Verstimmung 9 %, konstitutionelle, degenerative Neurasthenie 41 %, Zyklothymie 20 %, Hysterie 30 %). Das Resultat der Behandlung nach 1 bis 13 Jahren (durchschnittlich 6—7 Jahre) war derartig, daß alle Fälle erworbener Neurasthenie arbeitsfähig wurden; geheilt wurden resp. arbeitsfähig von der konstitutionellen Verstimmung 56,5 %, von der degenerativen Neurasthenie 72,5 %, von der Zyklothymie 77,5 %, von der Hysterie 71,5 %. Der Psychotherapie kommt der Hauptwert bei der Heilung zu.

Die Zusammenstellung **Röper**'s (327) aus der Klinik zu Jena wie aus den Thüringer Landesversicherungsanstalten ergibt, daß 74—85 % der Behandelten und Entlassenen (Neurastheniker) erwerbsfähig waren. Nur 14,7 % waren nicht erwerbsfähig. Die Heilerfolge bei Neurasthenie sind günstige. Die großen Aufwendungen, die von Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen gemacht werden, sind bei Neurasthenikern vollauf gerechtfertigt. Die Behandlung der Neurasthenie bedarf der gleichen Beachtung wie die der Tuberkulose.

Thomson (378) bespricht die verschiedenen Methoden der psychischen Behandlung der Neurasthenie. In jedem einzelnen Falle ist zu entscheiden,



ob die Psychoanalyse, die Persuation oder einfache Suggestion oder eine Kombination dieser Methoden angebracht ist.

Beach (18) sieht bei der Neurasthenie zwei erzieherische Aufgaben, einmal in der Erziehung vor Ausbruch der Neurasthenie resp. in der Verhütung, zweitens in der erzieherischen Behandlung des Neurasthenikers selbst und seiner seelischen Beeinflussung.

Tuckey (383) befürwortet die Anwendung der Suggestion und Hypnose zur Beseitigung neurasthenischer Symptome und Störungen.

Brock (42) befürwortet für die Neurastheniker resp. Psychastheniker eine Stärkung des Willens durch Arbeits- und Beschäftigungskuren im Sanatorium.

Lévy (233) wendet sich gegen die dogmatische oder schematische Anwendung der Isolierung bei Neurosen aller Art. Die Isolierung muß durch eine freie Behandlung und Anregung zur Aktivität ersetzt werden. Namentlich gegen die Bestimmungen absoluter Ruhe und Isolierung von allen Eindrücken, Anregungen bei der Weir-Mitchelschen Kur werden berechtigte Einwände erhoben. Im Leben, und wenn möglich, in der gewohnten Umgebung soll der Wille angeregt, gestärkt und erzogen werden.

Paton (297) bespricht hier die Beziehungen der Ernährung und der Diät zur Neurasthenie. Es ist in jedem einzelnen Falle die Ernährungsweise festzustellen und zu beachten, ob die Ernährungsstörungen primäre oder sekundäre sind. Das Individualisieren ist dabei das wesentlichste.

Bei den Magenneurosen spielen verschiedene Faktoren nach **Greene** (149) eine Rolle, so eine allgemeine angeborene Asthenie, wie psychische Faktoren usw.; die angeborene Asthenie oder erworbene allgemeine Schwäche und Blutarmut geben meist den Boden ab neben psychischen Ursachen. Häufig sind die Schmerzen so hartnäckig, die Erscheinungen so täuschend, daß ein Ulcus, Verwachsungen usw. angenommen werden und operative Eingriffe nutzlos vorgenommen werden. Isolierung, Ruhe, Überernährung neben suggestiver und psychischer Behandlung führen meist zum Ziele.

Kalischer (199) schildert hier kurz den Verlauf und die Behandlung der Migräne, der Epilepsie und der Tics bei Kindern. Bei letzteren legt er großen Wert auf Ruhe, Isolierungen, Einpackungen, Bromipingaben und methodischen Übungen, die täglich gemacht und Monate, ja Jahre fortgesetzt werden nach Brissauds psychomotorischer Erziehung oder Oppenheims Hemmungsgymnastik.

Middlemiss (263) teilt zwei Fälle von Hysterie bei jungen Leuten mit, die seit Jahren an Konvulsionen litten und psychopathische Individuen waren. Middlemiss konnte bei ihnen interessante Beobachtungen hinsichtlich der Wirkung hypnotischer Beeinflussung machen, namentlich bezüglich der von ihnen angeführten posthypnotischen Aufträge. (*Bendix.*)

Knopf (211) heilte einen Fall von zerebraler Neurasthenie, bei welchem das Übel durch ungenügende Blutversorgung des Gehirns infolge Insuffizienz der Vasomotoren bedingt schien, durch systematische Atemübungen.

Drysdale (92) teilt hier einen schweren Fall von Hysterie mit Gehirnstörung usw. mit, der durch psychische Beeinflussung und methodische motorische Übungen geheilt wurde.

v. Sohlern (360) erblickte einen kausalen Zusammenhang zwischen der angeborenen Anomalie des zu kleinen Abdomens einerseits, der Stuhlträgheit und Neurasthenie andererseits. Alle diese Faktoren führen zu einem Circulus vitiosus. Das kleine Abdomen führt zur Unterernährung bei Abwesenheit eines organischen Leidens und vorzeitigem Sättigungsgefühl. Häufigere kleinere Mahlzeiten, Gymnastik, Massage usw. müssen hier abhelfen, zugleich mit Behandlung der Neurasthenie.



Schubert (343) hat bei Pruritus vulvae und anderen Sakralneurosen die von Cathelin eingeführten epiduralen Injektionen versucht und mit dieser Behandlungsmethode sehr günstige Resultate erzielt.

Berkhan (25) sah in der Behandlung des krankhaften Errötens günstige Erfolge von der mehrfachen Hypnose, ferner auch von Tinctura Simulo, Thyreoidintabletten und Setzen von Blutegeln hinter das Ohr.

Ebstein (96) sah in vier Fällen von chronischer Koprostase und Basedowscher Krankheit durch Beseitigung der Koprostase mittels Ölklistiere eine wesentliche Besserung, ja Heilung von beiden Leiden.

van Baggen (9) gibt eine kurze Übersicht über seine auf dem Gebiet des Stotterns in Holland gemachten Erfahrungen. Er legt das Hauptgewicht darauf, gegen die tonischen und klonischen, beim Versuch, zu sprechen, auftretenden Muskelkrämpfe, Ruhe zu empfehlen. Der Patient darf anfangs nur flüstern und muß richtig atmen lernen, bis er seine Sicherheit und sein Selbstvertrauen gewonnen hat. Ganz besonders ist darauf Rücksicht zu nehmen, daß die meisten Stotterer sehr sensitiv und nervös veranlagt sind. (*Bendix.*)

Sigalin (353) hat einen Apparat für Atmungsgymnastik hergestellt, der es dem Übenden ermöglicht, ohne zu ermüden, in zweckmäßiger Weise die Atmung zu regulieren. Der Hauptzweck des Apparates ist der, durch einen Zeiger, der bestimmte rhythmische Schwingungen ausführt, die In- und Exspiration zu regulieren. (*Bendix.*)

Welsh (395) hat auf einer Reise von Sydney nach London sowohl an sich selbst als auch bei einer größeren Zahl von Passagieren die günstige Wirkung des Chloretons auf die Seekrankheit beobachten können. Nach 10 gran Chloretone trat auffallendes Wohlbefinden auf, respektive hörte das Erbrechen und Übelbefinden der Seekranken meist sofort auf. (*Bendix.*)

d) Trunksucht und Morphinismus.

Williams (403) hebt die große Rolle hervor, die die Anwendung der Psychotherapie und ihrer Methoden ausübt in der Erziehung der Psychastheniker, die zur Trunksucht neigen, und in der Verhütung dieser. Man muß diese unzufriedenen, unglücklichen, haltlosen, untätigen Menschen zu fähigen, arbeitsfrohen, widerstandsfähigen umzuwandeln suchen durch seelischen Einfluß, Änderung ihres Milieus, Arbeit usw. Isolierung ist dabei eher schädlich als nützlich. Die Selbstkontrolle ist in jeder Weise anzuregen. Methodische Übungen beginnen mit genauer Konzentration der Aufmerksamkeit auf vorgeschriebene Bewegungen, Gefühlsempfindungen (stereognostische), die der Kranke nach Vorschrift ausführen, nachahmen muß mit voller Anspannung der Aufmerksamkeit und des Interesses. Allmählich geht man zur Tätigkeit anderer Art über. Der Wille des Arztes muß anfangs den fehlenden Willen des Patienten ersetzen und stärken.

Crothers (69) sieht in der Prophylaxe der Trunksucht den größten Faktor. Es kommt nicht darauf an, Ersatzmittel für den Alkohol zu finden, sondern die Ursachen des Mißbrauches festzustellen und möglichst auszuschalten. Die Trunksucht ist heilbar und zu beseitigen wie andere Krankheiten (Typhus, Tuberkulose).

Crothers (70) sucht den Wert der Trinkerasyle aufs neue zu beleuchten, und glaubt, daß jeder dritte bis vierte der Insassen geheilt wird durch den Einfluß der ganzen Umgebung, den psychischen Faktor und die ganze Behandlungsweise.

Crosby (67) erörtert hier die Probleme, die der Staat bei der Bekämpfung des Mißbrauches von Alkohol zu lösen hat, und weist nach, wie schwer es

namentlich schon ist, eine geeignete Statistik über die Trunksüchtigen aufzustellen.

Pettey (302) wendet sich hier gegen die Anwendung der „three day liquor case" (der dreitägigen Trinkerkur) bei Alkoholisten und gibt die Prinzipien einer rationellen Behandlung des Alkoholisten an, wie seiner ganzen Umwandlung und Neuerziehung.

Rosenwasser (330) empfiehlt die offene freie Behandlung für die Trinker, die selbst von der Sucht befreit zu sein wünschen. Mitunter ist nur eine Isolierung für einige Tage nötig, sonst gelingt es meist, durch ambulante Behandlung Trinker zu heilen, die selbst mitarbeiten; und die, welche es nicht tun, werden auch in geschlossenen Anstalten und Asylen nicht geheilt.

Auch bei schweren Morphinisten sah **Schroeder** (342) von dem sofortigen Fortlassen des Morphiums fast nie erhebliche oder gar bedrohliche Erscheinungen durch die plötzliche Entziehung des Mittels auftreten.

e) Heilstättenwesen.

Beyer (32) legt den größten Wert bei der Behandlung der Unfallkranken in den Nervenheilstätten auf die Hebung der Leistungsfähigkeit. Die Nervenheilstätte, die im Möbiusschen Sinne ihre Kranken von Anfang an und grundsätzlich unter dem Gesichtspunkte wirtschaftlicher Wiederherstellung behandelt, ist der beste Bundesgenosse aller Versicherungen und Gesellschaften, die eigene Versicherungsanstalten kaum zu bauen brauchen. Gerade das Zusammensein vieler Elemente in den Nervenheilstätten ist für die Heilung ein Vorteil.

Oppenheim (291) plädiert für die Schaffung einer Beschäftigungsheilstätte für Neuro- und Psychopathen, um diesen Gelegenheit zu geben, sich auf dem Gebiete der Kunst, des Kunstgewerbes, des Handwerks, der Technik, des Gartenbaues usw. zu betätigen unter Berücksichtigung ihrer nervösen Konstitution. (*Bendix.*)

Stadelmann (365) wünscht, daß Heilanstalten für Kinder eingerichtet werden, und zwar besonders für psychopathisch veranlagte und choreatische. Am besten sei es, jedem Kinde einen eigenen Raum zur Verfügung zu stellen, um psychische Infektion zu verhindern, und nicht mehr als 15 Kinder in einer Anstalt zu beherbergen. Für geeignetes reichliches Pflegepersonal sei zu sorgen und besondere diätetische, physikalische und psychische Therapie anzuwenden. Kurzdauernder Unterricht sei sehr zu empfehlen.

(*Bendix.*)

III. Therapie organischer Krankheiten des Nervensystems.

a) Gehirn.

Buzzard (49) schlägt vor, die multiple Sklerose, bei der bekanntlich große Arsendosen günstig wirken, mit Salvarsaninjektionen in großen Zeiträumen zu behandeln.

Ravaut (314) empfiehlt bei Lues und hereditärer Lues die meningeale spezifische Reaktion, die durch die Zytodiagnose gewonnen wird, therapeutisch zu verwerten und zu behandeln. Wochen und Monate der Behandlung sind nicht nötig, diese Reaktion zum schwinden zu bringen. Bei Tabes und Paralyse wird die Lumbalflüssigkeit nur in frischen Fällen wieder normal. Durch Anwendung des Salvarsans wurde eine erheblich schnellere Veränderung der Zerebrospinalflüssigkeit als durch andere Methoden kaum erzielt. Durch Examination der Lumbalflüssigkeit ist der Verlauf der Lues und ihre Beeinflussung durch Therapie am besten zu verfolgen.



Hochsinger (178) hält die Chancen der Behandlung erbsyphilitischer Säuglinge, vom theoretischen Standpunkte aus, auch mit dem Ehrlichschen Mittel für nicht besonders günstig und hat auch bisher wenig Erfolge gesehen. Ferner beobachtete er, auch bei vollkommen luesfrei gebliebenen Deszendenten Luetischer, häufig schwere Neuropathien infolge der Minderwertigkeit des Nervensystems. (*Bendix.*)

Die prophylaktische Behandlung der zerebralen Erweichung hat nach **Robin** (319) im wesentlichen drei Faktoren zu berücksichtigen: 1. die Bekämpfung prädisponierender Erkrankungen — Lues, Malaria, Alkoholismus, Bleivergiftung; 2. die Bekämpfung der Blutdrucksteigerung und der Arteriosklerose; 3. die Stimulation der geschwächten nervösen Funktionen.

Robin (320) behandelt Schlaganfälle mit aktiven und passiven Bewegungen, Massage, Elektrotherapie, Hydrotherapie und Psychotherapie. Hierzu kommt in geeigneten Fällen medikamentöse Behandlung.

Kleinschmidt (208) empfiehlt zur Behandlung der Pneumokokkenmeningitis die Lumbalpunktion und spinale Injektion von Römerschem Pneumokokkenserum und interner Darreichung von Urotropin. Dadurch wurde in einem schweren Falle Heilung erzielt.

Stein und **Fellner** (366) wandten bei Arteriosklerotikern mit inneren Ohrerkrankungen Vasotonininjektionen an und konnten vielfach eine Herabsetzung des Blutdruckes und Besserung der subjektiven Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerz, Ohrsausen) feststellen. Neben der Herabsetzung des Blutdrucks durch Vasotonin kommt die Erweiterung der peripheren Gefäße und speziell des Gehirns bei der Wirkung in Betracht.

b) Rückenmark.

Romero (326) geht hier auf die Denslowsche Theorie von der Entstehung und Behandlung der Tabes näher ein und bezeichnet dieselbe als Reflexotherapie. Er vergleicht dieselbe mit der Asthmabehandlung von der Nase aus und von der Beeinflussung der Genitalvorgänge auf reflektorischem Wege von der Nasenschleimhaut aus (Fliess). Er bestätigt hier die Untersuchungen und Erfolge von Jaworski, die in der Behandlung der reflexogenen Zone im Urether bestehen, wo sich angeblich immer Reizerscheinungen und Veränderungen der Schleimhaut vorfinden.

Jaworski (187) wendet sich hier gegen die bisher üblichen Behandlungsmethoden (Antisyphilitische, Suspension, Übungstherapie), die er alle als unzuverlässig hinstellt. Besseren Erfolg sah er von der Anwendungsweise der Behandlung von Denslow, die von dem Gesichtspunkte ausgeht, daß die Tabes durch eine kontinuierliche periphere pathologische Reizung sensibler Nervenfasern entsteht, welche sich auf die hinteren Rückenmarkswurzeln und das Mark fortsetzt und zu einer Erschöpfung dieser Teile führt. Die Unterdrückung und Entfernung der peripherischen Reizquelle wirkt hemmend oder heilend auf den tabischen Prozeß. Dieser abnorme Reiz sitzt meist in dem Genitalurinierapparat und besteht in Erosionen des hinteren Teils der Harnröhre beim Mann. Diese Erosionen sind durch innerliche Mittel Urotropin, Chinaeisen usw. sowie durch Ätzungen, Dehnungen, lokale Behandlungen zu beseitigen. Fast stets sind solche Erosionen bei Tabikern zu finden, und ihre Beseitigung wirkt günstig auf die Ataxie, die Schmerzen usw. — Die Inkoordination der Arme, wie Blasenstörungen, wurden bei den Erfahrungen des Verf. weniger günstig beeinflußt. — Die Denslowsche, etwas phantastische Hypothese wurde zuerst im Medical Record vom 21. November 1908 veröffentlicht. — Der Verf. sieht in dieser Behandlungsweise die beste der Tabes.



König (215) versuchte bei Tabikern mit gastrischen Krisen die Lokalanästhesie resp. Leitungsanästhesie durch tiefe Einspritzung nach Braun in die Tiefe in der Gegend der Kosto-vertebral-Gelenke am unteren Rand der Rippen, und zwar der 6.—11. Nach der Prozedur muß der Patient eine Stunde liegen. Jedesmal werden 5 ccm eingespritzt bis zu 80—100 ccm einer 0,5 % Novokainsuprareninlösung. Die Anästhesierung der dorsalen Wurzeln und der austretenden Nervenstämme hatte in dem beschriebenen Falle sicher einen momentanen Nutzen. Die Anfälle kehrten wieder, doch konnten die Krisen jedesmal kupiert werden. Auch bei lanzinierenden Schmerzen kann dies Verfahren an den entsprechenden Nerven der Extremitäten versucht werden.

Goebel (141) wendet bei tabischer Sehnervenatrophie eine Art Saugmassage des Auges an mittels einer Saugglocke, die das Auge rhythmisch mit der Systele des Herzens anzieht und in der Diastole losläßt. Etwa 100 mal nacheinander. Goebel glaubt, bei dem einzigen, noch in Behandlung befindlichen Falle eine objektive Besserung damit erzielt zu haben. (*Bendix.*)

Strasser (371) hält bei rapid auftretenden schweren Symptomen Tabischer, und wenn die Wassermannsche Reaktion positiv ausfällt, eine Hg-Kur für ratsam. Das Salvarsan scheint die Tabes nicht zu beeinflussen, weder im günstigen, noch im ungünstigen Sinne. (*Bendix.*)

Mayer (251) hat mit der Ruhigstellung bei der frischen Kinderlähmung befriedigende Resultate erhalten und glaubt, daß dadurch einerseits der primäre Entzündungsprozeß aufgehalten wird und das Entstehen von Schlottergelenken und Kontrakturen verhindert werden kann. (*Bendix.*)

Die Schmerzen bei Poliomyelitis anterior acuta werden nach **Williams** (398) am besten bekämpft durch Vibrationsmassage, passive Bewegungen und Hydrotherapie: der Patient ist ferner anzuweisen, möglichst frühzeitig selbst die erkrankten Muskeln zu üben.

Berry (29) wandte zur Behandlung der Lähmungen nach Poliomyelitis tränierende Muskelübungen an, die in jedem Falle auch neben Schienen — und operativer — Behandlung in Frage kommen. Man beginne mit dem Üben der Muskeln, sobald das akute Stadium vorüber ist, etwa 4—6 Wochen nach dem Einsetzen des Leidens.

c) Periphere Nerven.

Für die Behandlung akuter sowie chronischer Neuritiden empfiehlt **Kauffmann** (202) Injektionen von Pilokarpin, deren günstige Wirkung er selbst bei einer Ischias zu erproben Gelegenheit hatte.

Dollinger (86) bespricht an 43 selbstoperierten Fällen von Trigeminusneuralgie die Resultate der Alkoholinjektionen nach Schlösser. Neben der ausführlich dargelegten chirurgischen Methodik haben folgende Resultate neurologisches Interesse: Von den 43 Fällen waren Neuralgien eines Astes 21, zweier oder dreier Äste 22 Fälle. Bei 5 Kranken bestand das Leiden bis zu 1 Jahr, bei 27 zwischen 1 und 10, bei 7 10—15, bei 4 20—30 Jahre. Seine Erfahrungen mit den Erfolgen faßt Verf. in folgendem zusammen: Durch die Alkoholinjektionen lassen sich die Trigeminusneuralgien mit einem kleinen Eingriff auf längere Zeit unterdrücken; abgesehen von erfolglosen Injektionen kehrt bei der Mehrzahl der Fälle der Schmerz nach einigen Monaten zurück, doch meist nicht annähernd mit der ursprünglichen Intensität, und verschwindet nach neuerlicher Injektion. In manchen Fällen bestand die Schmerzlosigkeit bereits über 1 Jahr, doch kann Verf. noch

nicht sagen, ob diese als endgültig geheilt betrachtet werden dürfen. — In der chirurgischen Behandlung der Trigeminusneuralgien besitzen wir derzeit zwei Methoden: die Alkoholinjektionen und Entfernung des Ganglion Gasseri; obwohl die Technik der letzteren bereits vollkommen ausgearbeitet ist, so bleibt der Eingriff wegen der starken Blutung doch ein großer, und nachdem wir auch mit den Alkoholinjektionen die Neuralgie beseitigen können, ist Verf. dafür, daß diese stets zuerst vorgenommen werden sollen. Freilich beseitigt die Entfernung des Ganglion Gasseri die Neuralgie auf einen Schlag, wogegen bei den Alkoholinjektionen Rezidiven häufig sind; doch können diese mit dem fast gefahrlosen Eingriff abermals bekämpft werden. Verf., der selbst an dem Ausbau der Technik der Gasseroperation intensiv mitgearbeitet hat, hat in den zwei letzten Jahren keine solche Operation vorgenommen, sondern bloß Alkoholinjektionen gemacht. Immerhin aber glaubt er, daß es gewisse Fälle geben wird, in welchen der einmalige Eingriff der Radikaloperation eventuell wiederholten Eingriffen mit Alkoholinjektionen dennoch vorzuziehen ist. (*Hudovernig.*)

Donath (88) berichtet über 10 Fälle, wo er wegen schwerer Gesichtsneuralgien Alkoholinjektionen anwendete; und zwar in 6 Fällen stellte sich nach 1—2 Injektionen vollkommene Heilung, in 3 Fällen wesentliche Besserung ein; in einem Falle mußte wegen schwerer Arteriosklerose die Behandlung eingestellt werden. — Verf. macht die erste Injektion ins Foramen infraorbitale oder mentale und nur dann ins Foramen rotundum oder ovale, wenn die erste Injektion ohne Erfolg war. (*Hudovernig.*)

Dannehl (76) empfiehlt bei der Ischias Dehnungen des Nerven, die der Kranke selbständig im Bade durch Anstemmen des gestreckten Beines und Sichanziehen ausführen kann; danach kommt Massage und eventuell eine zweite Dehnung. Auch die Massage übt der Kranke nach vorgeschriebener Methode aus.

Grisslich (151) gibt einen Überblick über die Behandlungsmethoden der Ischias, wie sie jetzt vielfach üblich sind. Besonders gute Erfolge sah er von der Anwendung der elektrischen Heißluftdusche. Von den Injektionsmethoden befürwortet er die Lange-Schleichsche. Eine Diät (purinfreie, vegetarische), Alkoholenthaltung, Trinkkuren kommen nebenbei in Frage.

Faltin (108) empfiehlt die Behandlungsmethode von Lange bei Ischias (Injektionen in den Nerv. ischiadicus) als eine recht bequeme und in vielen Fällen rasch heilende Methode und bespricht 10 in derartiger Weise behandelte Fälle. In zwei akuten Fällen erzielte er schnelle und bedeutende Wirkung; ein Rückfall nach 2 Jahren in einem Falle wurde mit abermaligen Injektionen geheilt. In 8 Fällen, wo die Krankheit wenigstens 3 Monate, gewöhnlich 1 Jahr gedauert hatte, sind 5 mittels 1—2 Injektionen wöchentlich nach einigen Wochen von ihren Schmerzen befreit worden. 1 wurde unbedeutend verbessert, und 2 blieben völlig unverbessert; der eine von diesen letzteren ist ein junger Mann mit Ischias im Anschluß an ein Typhus-Phlebitis, der andere ein alter Mann mit Bakteriurie. (*Sjövall.*)

Heidenhain (166) empfiehlt zur Behandlung der Ischias die Einspritzung von Antipyrinlösung (mit Aqua. destill. aa) direkt in den Nervenstamm beim Austritt aus dem Foramen ischiadic.; meist sah er guten Erfolg davon.



Psychologie.

Ref.: Dr. G. von Voss-Düsseldorf.

1. Abelson, A. R., The Measurement of Mental Ability of „Backward" Children. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. No. 3—4. p. 268.
2. Abramowski, L'analyse physiologique de la perception. Paris. Bloud & Cie.
3. Derselbe, La résistance de l'oublié dans la mémoire tactile et musculaire. Journal de Psychol. norm. et pathol. Vol. VIII. No. 3. p. 221—245.
4. Ach, Narziss, Willensakt und Temperament. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 58. H. 3—4. p. 263.
5. Acher, Rudolph, Recent Freudian Literature. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXII. No. 3. p. 408.
6. Adler, A., Ein erlogener Traum. Beitrag zum Mechanismus der Lüge in der Neurose. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 1910. I. 103—108.
7. Derselbe, Beitrag zur Lehre vom Widerstand. ibidem. I. 24—219.
8. Adolph, Karl, Psychologismus, Transzendenzproblem und Metaphysik. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.
9. Agapow, A. W., Zur Frage über die Eigentümlichkeiten der Assoziationen und Vorstellungen bei Geisteskranken. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 5.
10. Aggazzotti, A., Sul piu piccolo intervallo di tempo percettibile nei processi psichici. Archivio di fisiologia. 9. Jahrgang. Florenz.
11. Agosti, F., Le forme cellulari atipiche nei gangli spinali trapiantati. Ricerche sper. Boll. Soc. med. Parma. Ser. 2. Anno 4. fasc. 5. p. 115—120.
12. Albertis, G. de, L'associazione prevalente (complexus) studiata sull'alienato coi movimenti respiratori, versali e dei muscoli voluntari. Giorn. internaz. d. sc. med. 1910. n. s. XXXII. 337—348.
13. Albrecht, Über eine neue Methode zur Untersuchung elektrischer Vorgänge am menschlichen Körper. IV. Kongr. f. experim. Psychologie in Innsbruck. 1910.
14. Alexander, S., Foundations and Sketchplan of a Conational Psychology. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. No. 3—4. p. 239.
15. Allesch, G. v., Ueber das Verhältnis der Aesthetik zur Psychologie. Inaug.-Dissert. Berlin.
16. Altschul, Theodor, Die geistige Ermüdung der Schuljugend. Ermüdungsmessungen und ihre historische Entwicklung. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 69. H. 3. p. 267.
17. Ameline, Une loi numérique entre la durée du travail intellectuel et l'intensité de la fatigue cérébrale. J. de psychol. norm. et pathol. VIII. 128—134. 193.
18. Andrejé, Vorstellung des Gedankenlesers Andrejé. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 252. **(Sitzungsbericht.)**
19. Angell, Frank, Note on Some of the Physical Factors Affecting Reaction Time, Together with a Description of a New Reaction Key. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 86.
20. Angell, J. R., Methods for the Determination of Mental Imagery. Psychol. Monog. 1910. XII. 72—79.
21. Anschütz, G., Über die Methoden der Psychologie. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 4. p. 414.
22. Anton, G., Über den Ausdruck der Gemütsbewegungen beim gesunden und kranken Menschen. Psychiatrische Vorträge. Zweite Serie. Berlin. S. Karger.
23. Assagioli, R., Il subcosciente. Firenze. Biblioteca filosofica.
24. Derselbe, Trasformazione e sublimazione delle energie sessuali. Rivista di psicologia applicata. Band 7.
25. Aveling, F., The Function of Generalisation. Proc. of the Brit. Psycholog. Soc. 21. Jan.
26. Baade, W., Aussagen und physikalische Demonstrationen. 1. Die Methode der Versuche und die Inhalte der Textaussagen. Zeitschr. f. angew. Psychol. IV. 189—311.
27. Babcock, J. W., The Prevalence and Psychology of Pellagra. Amer. Journ. of Insanity. **67.** 517.
28. Babinski, J., L'ipnotismo. Gazzetta med. lombarda. No. 15. p. 141.
29. Baerwald, Richard, Das Interesse am fremden Seelenleben, seine Beziehungen zur Psychologie des Weibes und zur moralischen Erziehung. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3. p. 185. **(Sitzungsbericht.)**
30. Baldwin, B. T., The Psychology of Mental Deficiency. Pop. Sc. Month. LXXIX. 82—93.
31. Balsillie, D., Prof. Bergson on Time and Free Will. Mind. N. S. No. 79. July. p. 357.
32. Barnholt, Sarah E., and Bentley, Madison, Thermal Intensity and the Area of Stimulus. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXII. No. 3. p. 325.



33. **Baroncini**, L., e **Sarteschi**, U., Ricerche di psicologia individuale nei dementi. Riv. di Psicol. applicata. 1910. Vol. VI. No. 6.
34. **Bayerthal**, Julius, Erblichkeit und Erziehung in ihrer individuellen Bedeutung. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
35. **Bechterew**, W. v., Die biologische Entwicklung der Mimik vom objektiv-psychologischen Standpunkt. Folia neuro-biologica. Bd. V. No. 8. p. 825.
36. **Becker**, Wern. H., Moderne Traumdeuterei. Allg. Mediz. Central-Zeitung. No. 4.
37. **Behringer**, Josef, Die suggestiven Willenserscheinungen. Inaug.-Dissert. München.
38. **Benussi**, Vittorio, Über die Motive der Scheinkörperlichkeit bei umkehrbaren Zeichnungen. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 4. p. 363.
39. **Berillon**, Les altérations de l'instinct dans les psychopathies. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. T. 1. p. 111. **(Sitzungsbericht.)**
40. **Bernstein**, A., Klinische Methodik der psychologischen Untersuchung Geisteskranker. Moskau. Studentenverlag.
41. **Bernstein**, A.N., Experimentell-psychologische Schemata der intellektuellen Störungen bei Geisteskrankheiten. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 12.
42. **Bertha**, A. de, Les Tsiganes; étude de psychologie ethnographique. Bull. de l'Inst. gén. psychol. 1910. X. 419—441.
43. **Berze**, J., Bewusstseinstonus. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 40. p. 2603.
44. Derselbe, Zur Psychologie und Pathologie der Affekte. Wiener klin. Wochenschr. No. 9. p. 299.
45. **Betz**, W., Vorstellung und Einstellung. II. Über Begriffe. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 2. p. 186.
46. Derselbe, Über Korrelation. Methoden der Korrelationsberechnung und kritischer Bericht über Korrelationsuntersuchungen aus dem Gebiete der Intelligenz, der Anlagen und ihrer Beeinflussung durch äussere Umstände. Beiheft 3 zur Zeitschr. f. angew. Psychol. Leipzig. J. A. Barth.
47. **Binet**, Alfred, La nature des émotions. Journ. de Psychol. norm. et pathol. Vol. VIII. p. 258.
48. **Bjerre**, Poul, Om den psykoanalytiska metoden. Svens. Läk.-Sällsk. Förhandling. 20—25.
49. Derselbe, Psykoanalysen som vetenskap och terapi. Psyke. Jahrg. 6. S. 141.
50. **Bleuler**, E., Das autistische Denken. Neurol. Centralbl. p. 1266. **(Sitzungsbericht.)**
51. Derselbe, Antwort auf die Bemerkungen Jungs zur Theorie des Negativismus. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen. Bd. III.
52. **Blondel**, C., Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures. Journ. de psychol. norm. et path. 1910. VII. 524—549.
53. **Bobertag**, Otto, Über Intelligenzprüfungen (nach der Methode von Binet und Simon). Zeitschr. f. angewandte Psychologie. Bd. 5. H. 2. p. 105—203.
54. **Bogrowa**, V., Quelques observations relatives à l'émigration du nucléole dans les cellules nerveuses des ganglions rachidiens. Bibliographie anatomique. T. XVIII. fasc. 3. (cf. p. 293.)
55. **Bohn**, Georges, Die Entstehung des Denkvermögens. Eine Einführung in die Tierpsychologie. Autorisierte Übersetzung von Dr. Rose Thesing. Leipzig. o. J. Thomas.
56. **Boirac**, Emile, L'étude scientifique du spiritisme. Paris. Durville.
57. **Bonnet**, Géraud, Précis d'auto-suggestion volontaire. 2. édition. Paris. J. Rousset.
58. **Boruttau**, H., Leib und Seele. Grundzüge der Physiologie des Nervensystems und der physiologischen Psychologie. Leipzig. Quelle & Meyer.
59. **Breed**, F. S., The Development of Certain Instincts and Habits in Chicks. Behavior Monographs. I. No. 1.
60. **Breitung**, Max, Biologie und Metaphysik. Aerztl. Rundschau. No. 33. p. 385.
61. **Breukink**, H., Ueber Charles Férés ergographische Untersuchungen. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. H. 5. p. 200. u. Psych. en neurol. Bladen. 15. 258.
62. **Bridou**, Les premisses nécessaires de la psychologie contemporaine. Revue de psychothérap. XXV. 278—283.
63. **Brill**, A. A., Freuds Theory of Wit. Journ. of Abnormal Psychol. VI. No. 4.
64. **Brönner**, Wilhelm, Zur Theorie der kollektiv-psychischen Erscheinungen. Zeitschr. für Philosophie. Bd. 141. H. 1. p. 1.
65. **Brown**, W., Emotions and Morals. Proc. of the Brit. Psycholog. Soc. 11. March.
66. **Bühler**, K., Ein Verfahren zur Untersuchung des Gedächtnisses für räumliche Beziehungen. Ber. über d. IV. Kong. f. exper. Psychol. p. 252—255.
67. **Burmester**, Ludwig, Bemerkungen zu der Mitteilung des Herrn A. Thierfelder „Eine Sinnestäuschung". Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 1. p. 34.
68. **w**, Trigant, Freuds Psychology in its Relation to the Neuroses. The Amer. the Med. Sciences. Vol. CXLI. No. 6. p. 873.
ome Psychologic Phases of Medicine. Journ. of Abnormal Psychology. Aug.



70. Busch, A., Über den Einfluss des Alkohols auf Klarheit und Umfang des optischen Bewusstseins. Experimentelle Untersuchungen. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 17. p. 63. Bd. 18. H. 1/2. p. 36.
71. Busemann, A., Lernen und Behalten. Beiträge zur Psychologie des Gedächtnisses. Zeitschr. f. angewandte Psychologie. Bd. 5. H. 3—4. p. 211.
72. Busk, R. R., Experiments on Mental Association in Children. The Brit. Journ. of Psychol. 3. 349.
73. Canestrini, S., Psychophysiologische Studien an Neugeborenen. Wiener klin. Wochenschrift. p. 1448. (Sitzungsbericht.)
74. Chase, H. W., Freuds Theories of the Unconscious. Pop. Sc. Month. LXXVIII. 355—363.
75. Chojecki, Arthur, Contribution à l'étude de la suggestibilité. Archives de Psychologie. T. XI. p. 182.
76. Choroschko, W., Über das Verhältnis der Stirnlappen des Gehirns zur Psychologie und Psychopathologie. 1. Vers. d. russ. Verb. der Irren- u. Nervenärzte. Moskau. 17.—24. Sept.
77. Christenbery, H. E., Maternal Impressions. Journ. of the Tennessee State Med. Assoc. Febr.
78. Chwostow, W., Die Psychologie der Frauen. Probleme d. Philosophie u. Psychol. (russ.)
79. Claparède, Ed., La question de la „mémoire" affective. Archives de Psychologie. T. X. p. 361.
80. Derselbe, Récognition et moiëté. ibidem. T. XI. p. 79.
81. Derselbe, Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale. Paris. Fischlacher.
82. Derselbe, Die Bedeutung der Tierpsychologie für die Pädagogik. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. H. 3. p. 145.
83. Derselbe, Interprétation psychologique de l'hypnose. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. Ergzh. 4. p. 501 (229).
84. Derselbe, Psychologische Interpretation des Hypnotismus und des Schlafes. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. p. 361. (Sitzungsbericht.)
85. Derselbe, Alfred Binet (1857—1911). Arch. de Psychologie. Bd. XI. p. 376.
86. Clarke, Dorothy, Goodell, Mary S., and Washburn, M. F., The Effect of Area on the Pleasantness of Colors. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 4. p. 578.
87. Clarke, Helen Maud, Conscious Attitudes. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 2. p. 214.
88. Cohn, J., und Dieffenbacher, J., Untersuchungen über Geschlechts-, Alters-, und Begabungsunterschiede bei Schülern. Beihefte z. Zeitschr. f. angew. Psychol. 2. Leipzig. J. A. Barth.
89. Cohn, Paul, Die seelische Bedeutung des Kontrastphänomens. Dtsch. Mediz. Presse. No. 7. p. 53.
90. Derselbe, Von Entstehung und Bedeutung von Hemmungen. ibidem. No. 4. Feuilleton.
91. Collin, La résistance des enfants de 2 ans ½ à la fatigue. Revue neurol. 2. S. p. 291. (Sitzungsbericht.)
92. Coriat, Isador H., The Psychopathology of Apraxia. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 65.
93. Derselbe, The Nature of Sleep. Journ. of Abnormal Psychol. 6. 329.
94. Cozzolino, V., L'evoluzione del linguazzio in rapporto alla pedagogia fonetica ed alla medicina. Gior. internaz. d. Sc. med. n. s. XXXIII. 241—260.
95. Cramaussel, E., Le sommeil d'un petit enfant. Arch. de Psychologie. T. X. p. 321. T. XI. p. 172.
96. Crawford, Dorothy, and Washburn, M. F., Fluctuations in the Affective Value of Colors During Fixation for One Minute. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 4. p. 579.
97. Cruchet, René, Evolution psycho-physiologique de l'enfant, du jour de la naissance à l'age de deux ans. L'année psychologique. T. XVII. p. 48.
98. Dahl, Friedr., Die Tierpsychologie, ein Zweig der Zoologie. Zoolog. Anzeiger. Bd. XXXVII. H. 2. p. 41.
99. Dauber, Johann, Über bevorzugte Assoziationen und verwandte Phänomene. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 3. p. 176.
100. Degand, Julia Mlle, Observations sur un enfant sourd. Archives de Psychologie. T. X. p. 378.
101. Dercum, F. X., The Role of Dreams in Etiology. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 19. p. 1373.
102. Descoeudres, Alice, Les tests de Binet et Simon et leur valeur scolaire. Arch. de Psychologie. T. XI. p. 331.



103. Dieselbe, Exploration de quelques tests d'intelligence chez des enfants anormaux et arriérés. ibidem. p. 351.
104. Dessoir, Max, Abriss einer Geschichte der Psychologie. Heidelberg. Karl Winters Universitätsbuchhandlung.
105. Derselbe, Die Anfänge der Psychologie. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3. p. 184. **(Sitzungsbericht.)**
106. Dexler, H., und Fröschl, A., Beiträge zur Psychologie der Tiere. Prager Mediz. Wochenschr. No. 42—43. p. 541. 555.
107. Diepgen, Paul, Traum und Traumdeutung als medizinisch-naturwissenschaftliches Problem im Mittelalter. Berlin. J. Springer.
108. Doernberger, Eugen, Wie beeinflusst der körperliche Zustand die Lernfähigkeit der Schulkinder? 4 Vorträge. München. Verlag der ärztlichen Rundschau. Otto Gmelin.
109. Donley, J. E., Ein Irrtum in der Psychologie. Die Theorie des „Durchbiegens" bei funktionellen nervösen Störungen. Dtsch. Aerzte-Zeitung. No. 11. p. 251. und Boston Med. and Surg. Journ.
110. Dósai-Révész, Margit. Experimentelle Beiträge zur Psychologie der moralisch verkommenen Kinder. Zeitschr. f. angewandte Psychol. Bd. V. H. 3—4. p. 272.
111. Downey, June E., A Case of Colored Gustation. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 4. p. 528.
112. Drewitt, J. A. J., On the Distinction between Waking and Dreaming. Mind. n. s. XX. 67—73.
113. Dromard, G., Essai sur la sincérite. Paris. Félix Alcan.
114. Derselbe, La sincérité du savant. Revue philosophique. 1910. Juillet.
115. Derselbe, Mémoire et délire: éclipses mnésiques comme sources et comme conséquences d'idées délirantes. Journ. de Psychol. norm. et path. No. 3. p. 259.
116. Drozńyski, L., Atmungs- und Pulssymptome rhythmischer Gefühle. Psychol. Studien. VII. 83—140.
117. Ducceschi, Virgilio, Un enregistrateur mental. Arch. de Psychiatrie. 1910. p. 81.
118. Dück, J., Zur Beeinflussbarkeit der Schüler. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. No. 11. p. 578.
119. Dugas, L., L'introspection. Revue philosophique. No. 12. p. 606.
120. Derselbe et Moutier, F., La dépersonnalisation. Paris. Félix Alcan.
121. Dunlap, Knight, Terminology in the Field of Sensation. The Amer. Journ. of Psychol. Vol. XXII. No. 3. p. 444.
122. Derselbe, The Fall-hammer, Chronoscope and Chronograph. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. Part. I. p. 44.
123. Derselbe, Palmesthetic Difference Sensibility for Rate. The Amer. Journal of Physiology. Vol. XXIX. No. 1. p. 108.
124. Dupouy, Roger, L'Opiumisme d'Edgar Poë. Annales médico-psychologiques. 9. S. T. 13. No. 1. p. 5.
125. Edinger, Zur Psychologie. Aus: Nervöse Zentralorgane. 8. Aufl.
126. Eggeling, H. v., Physiognomie und Schädel. Jena. G. Fischer.
127. Eisler, Robert, Über die historische Entwicklung der sinnlichen Weltanschauung (ein psychologisches Problem der Kunstgeschichte.) Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 243. **(Sitzungsbericht.)**
128. Elliott, Robert M., The Psychology of „Princess Olivia". Neurographs. Vol. I. No. 3 p. 165—172.
129. Ellis, Havelock, Symbolismus in Träumen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 1. p. 29.
130. Derselbe, Die Welt der Träume. The World of Dreams. Deutsch von Hans Kurella. Würzburg. C. Kabitzsch. und Boston & New York. Houghton. Mifflin & Co.
131. Elsenhans, Theodor, Theorie der Phantasie. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 1. p. 30.
132. Epstein, D., Beitrag zur Psychopathologie des Altagslebens. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 326.
133. Ernst, Christian, Studien zur Psychologie der Ameisen. Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 5. H. 5—6. p. 452.
134. Farez, Paul, La psychologie de l'adipsie. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 186. **(Sitzungsbericht.)**
135. Fauser, Aus der Psychologie der Sinnestäuschungen. Neurol. Centralbl. p. 699. **(Sitzungsbericht.)**
136. Ferree, C. E., and Collins, Ruth, An Experimental Demonstration of the Binaural Ratio as a Factor in Auditory Localization. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 2. p. 250.
137. Feuchtwanger, Albert, Versuche über Vorstellungstypen. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 58. H. 3—4. p. 161.



138. Fiore, U., Il valore psicologico delle testimonianze. V. 1. Città di Castello.
139. Fischer, Aloys, Methoden zur experimentellen Untersuchung der elementaren Phantasieprozesse. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 9—10. p. 448. 497.
140. Fischer, Ottokar, Eine psychologische Grundlage des Wiederkunftsgedankens. (Bemerkungen über den literarischen Wert der „fausse reconnaissance".) Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 5. H. 5—6. p. 487.
141. Fisher, O., Insect Intelligence. Nature. LXXXVI. 144.
142. Flournoy, Th., Religionspsychologie. Leipzig. Fritz Eckardt.
143. Forline, H., A Psychologic Study. Southern California Practitioner. March.
144. Formiggini-Santamaria, Emilia, La psicologia del fanciullo normale et anormale con speciale riguardo alla educazione. Modena. 1910. A. F. Formiggini.
145. Foucault, M., Etude expérimentale sur l'association de ressemblance. Archives de Psychologie. T. X. p. 338.
146. Franchini, G., Le graphique psychométrique de l'attention dans les maladies mentales. Archives ital. de Biologie. T. LIV. fasc. II. p. 267.
146a. Francia, G., Autoritratti di ragazze. Rivista di psicologia applicata. Band VI. Imola. Wie die Kinder zu sein glauben.
147. Francotte, X., La maîtrisie de soi. Revue neurologique. No. 13. p. 241.
148. Frank, L., Die Determination physischer und psychischer Symptome im Unterbewusstsein. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 34. p. 1185.
149. Franken, A., Instinkt und Intelligenz eines Hundes. Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 4. H. 5. p. 399.
150. Derselbe, Über die Erziehbarkeit der Erinnerungsaussage bei Schulkindern. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. No. 12. p. 635.
151. Freud, Sigmund, Über den Traum. 2. Auflage. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
152. Derselbe, Die Traumdeutung. 3. vermehrte Auflage. Wien. Fr. Deuticke.
153. Derselbe, Nachträge zur Traumdeutung. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 187—192.
154. Derselbe, Zwangshandlungen und religiöse Gebräuche. Psichoterapija. No. 4—5.
155. Derselbe, Poet und Phantasie. ibidem.
156. Friedländer, S., Friedrich Nietzsche; seine intellektuelle Biographie. Leipzig. G. J. Göschen.
157. Friedländer, A., Kritische Bemerkungen über neuere Arbeiten Freuds und seiner Anhänger. **Sammelberichte.** Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. V. p. 587.
158. Friedmann, M., Über die Psychologie der Eifersucht. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
159. Frink, H. W., Freuds Theory of Dreams. Amer. Medicine. Dec.
160. Fröhlich, Albert, Assoziationspsychologische Studien bei Epileptikern. Inaug.-Dissert. Greifswald.
161. Gaedeken, Paul, Ueber die psycho-physiologische Bedeutung der atmosphärischen Verhältnisse, insbesondere des Lichts. (Eine vergleichende statistische Untersuchung.) Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3—4. p. 129. 206.
162. Gallinger, Zum Problem der Willensfreiheit. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 250. **(Sitzungsbericht.)**
163. Garcon, E., L'état dangereux. Revue de psychiat. 1910. IV. 442—454.
164. Gazalis, Über den Egoismus. Plaudereien. Aerztl. Rundschau. No. 16. p. 181.
165. Geiger, Moritz, Geschichte der Psychologie. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 238. **(Sitzungsbericht.)**
166. Gennep, A. van, Dessins d'enfant et dessin préhistorique. Archives de Psychologie. T. X. p. 327.
167. Gilby, Walter H., und Pearson, Karl, On the Significance of the Teachers Appreciation of General Intelligence. Biometrica. Vol. VIII. Part 1—2. p. 94.
168. Goett, Theodor, Assoziationsversuche an Kindern. II. Zeitschr. f. Kinderheilkunde. Bd. I. H. 4. p. 315.
169. González y Martinez de Pinillos, R. G., Psicologia. Madrid. 1910.
170. Goodhart, S. P., Subconscious Phenomena. Interstate Med. Journal. May.
171. Göring, Heinrich, Vergleichende Messung der Alkoholwirkung. Psycholog. Arbeiten. Bd. VI. H. 2. p. 261.
172. Graf, Max, Richard Wagner im „fliegenden Holländer". Ein Beitrag zur Psychologie künstlerischen Schaffens. Leipzig-Wien. Franz Deuticke.
173. Grassi, Isabella, Einfache Reaktionszeit und Einstellung der Aufmerksamkeit. Zeitschrift f. Psychologie. Bd. 60. H. 1—2. p. 46.
174. Graziani, A., Sul comportamento della sensibilità uditiva, visiva e tattile in seguito à lavoro mentale. Gior. d. r. Soc. ital. d'Igiene. 1910. XXXII. 158—170.
175. Gregor, Über das psychogalvanische Reflexphänomen. Neurol. Centralbl. p. 1344.
176. Greppin, L., Naturwissenschaftliche Betrachtungen über die geistigen Fähigkeiten des Menschen und der Tiere. Biolog. Centralbl. Bd. XXXI. No. 11—12. p. 331. 365.

177. Groos, Karl, Das Seelenleben des Kindes. Ausgewählte Vorlesungen. Berlin. Reuther & Richard.
178. Derselbe, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 1—2. p. 1.
179. Gross, Hans, Criminal Psychology: a Manual for Judges, Practitioners and Students. 4. ed. Boston. Little, Brown & Co.
180. Gulat-Wellenburg, Walter v., Ueber den Ablauf des Lebens nach der Theorie von Fliess. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 244. **(Sitzungsbericht.)**
181. Günther, Friedrich, Reaktionsversuche bei Durchgangsbeobachtungen. Psycholog. Studien. Bd. VII. H. 4—5. p. 229.
182. Gutzeit, Walter, Rückläufige Assoziationen bei geistig Gesunden und Psychosen mit besonderer Berücksichtigung der Dementia senilis und arteriosclerotica. Inaug.-Dissert. Berlin.
183. Gutzmann, H., Beobachtungen der ersten sprachlichen und stimmlichen Entwicklung eines Kindes. Monatsschr. f. die ges. Sprachheilk. April. p. 97.
184. Haass, Willy, Über Echtheit und Unechtheit von Gefühlen. Inaug.-Dissert. München.
185. Hacker, Friedrich, Systematische Traumbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXI. H. 1—3. p. 1.
186. Hart, B., and Spearman, C., Mental Tests Applied to the Insane. Proc. of the Brit. Psychol. Soc. Jan. 21.
187. Hart, R., The Psychological Conception of Insanity. Arch. of Neurol. **5.** 90.
188. Hartenberg, P., Obsessions et volonté. Revue neurol. 2. S. p. 298. **(Sitzungsbericht.)**
189. Hartungen, D. J. Ch. v., Kritische Tage und Träume. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 1. p. 47.
190. Haskovec, L., A propos de la question de la localisation de la conscience; schéma neuro- et psycho-pathologique. Rev. scient. I. 456—460.
191. Hayes, Samuel P., The Color Sensations of the Partially Color-Blind, a Criticism of Current Teaching. The Amer. Journ. of Psychol. Vol. XXII. No. 3. p. 408.
192. Healy, W., and Fernald, Grace M., Tests for Use in Practical Mental Classification. Psychol. Monogr. XIII. No. 2. 1—53.
193. Hellpach, Willy, Die geopsychischen Erscheinungen. Wetter, Klima und Landschaft in ihrem Einfluss auf das Seelenleben. Leipzig. W. Engelmann.
194. Hellwig, Albert, Aberglaube bei Jugendlichen. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 6. p. 305.
195. Heveroch, Ant., Ein Beitrag zur psychologischen Analyse der Halluzinationen, Wahnideen und Obsessionen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psychiatrie. Originale. Bd. VII. H. 2. p. 113.
196. Heymann, G., Die Psychologie der Frauen. Heidelberg. Carl Winter.
197. Hildebrandt, Hans, Über die Beeinflussung der Willenskraft durch den Alkohol. Inaug.-Dissert. Königsberg.
198. Hinrichsen, Otto, Zur Psychologie und Psychopathologie des Dichters. Grenzfr. d. Nerven- u. Seelenlebens. H. 80. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
199. Hirschlaff, Leo, Ueber Ruheübungen und Ruheübungsapparate. Zur Psychologie und Hygiene des Denkens. 2 Vorträge. Berlin. J. Springer. u. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 5. p. 251.
200. Derselbe, Zur Psychologie und Hygiene des Denkens. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VI. H. 2. p. 214.
201. Hirt, Eduard, Experimentelle Schriftstudien. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 241. **(Sitzungsbericht.)**
202. Hoepfner, Th., Psychologisches über Stottern und Sprechen. Zugleich ein Beitrag zur Aphasiefrage. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 5. p. 264.
203. Höfler, Alois, Zwei Modelle schematischer Farbenkörper und die vermutliche Gestalt des psychologischen Farbenkörpers. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 58. H. 5—6. p. 356.
204. Hollingworth, H. L., The Psychology of Drowsiness. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 99.
205. Huber, Edwin, Assoziationsversuche an Soldaten. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 4. p. 241.
206. Huther, A., Wille, Intelligenz und logisches Gefühl. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. H. 11. p. 582.
207. Hyslop, J. H., Unconscious Muscular Action. Journ. Am. Soc. Psych. Research. 1910. IV. 211—219.
208. Ingegnieros, J., Pathologie des fonctions psycho-sexuelles. Nouvelle classification étiologique. Arch. de Psychiatrie. 1910. p. 3.
209. Derselbe, La psychologie biologique. ibidem. 1910. p. 129.



210. Derselbe, Psychophysiologie de la curiosité. Arch. de Psych. et de Criminol. de Buenos-Ayres. 1910. p. 257.
211. Derselbe, Psicologia genética (Historia natural de las funciones psiquicas). ibidem. 10. 1.
212. Derselbe, El hombre mediocre. ibidem. 10. 611.
213. Derselbe, La mediocritad intelectual. La mediocritad moral. ibidem. 628. 644.
214. Derselbe, Los caracteres mediocres. La envidia. ibidem. 668. 694.
215. Derselbe, La vejez niveladora. Los hombres de genio. ibidem. 708. 721.
216. Isserlin, M., Kraepelins Experimente mit kleinen Alkoholdosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. VI. H. 5. p. 589.
217. Jacobsohn, Leo, Vorträge über die Grundzüge der modernen Psychologie und Psychotherapie, veranstaltet vom Preussischen Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen. **(Bericht.)** Die Therapie der Gegenwart. März/April. p. 126. 171.
218. Jacobson, Edmund, Consciousness under Anaesthetics. The Amer. Journ. of Psychol. Vol. XXII. No. 3. p. 333.
219. Derselbe, On Meaning and Understanding. ibidem. Vol. XXII. No. 4. p. 553.
220. Jaensch, E. R., Über die Wahrnehmung des Raumes. Eine experimentell-psychologische Untersuchung nebst Anwendung auf Aesthetik und Erkenntnislehre. Zeitschr. f. Psychologie. Erg.-Bd. 6.
221. Jakob, Chr., Ueber die Ubiquität der sensomotorischen Doppelfunktion der Hirnrinde als Grundlage einer neuen biologischen Auffassung des kortikalen Seelenvorganges. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. p. 377. **(Sitzungsbericht.)**
222. Jaspers, Karl, Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 6. H. 4. p. 460.
223. Jassny, Alexander, Zur Psychologie der Verbrecherin. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 42. H. 1—2. p. 90.
224. Jennings, Etude psychologique sur l'habitude de la morphine et son traitement. Clinique. 1910. XXIV. 741—748.
225. Jentsch, Ernst, Musik und Nerven. Das musikalische Gefühl. Grenzfr. d. Nerven- und Seelenlebens. II. Teil. H. 78. Wiesbaden. Bergmann.
226. Jesinghaus, Carl, Zur psychologischen Theorie des Gedächtnisses. Psycholog. Studien. Bd. VII. H. 4—5. p. 336.
227. Jones, Ernest, The Psychopathology of Everyday Life. The Amer. Journal of Psychol. Vol. XXII. No. 4. p. 477.
228. Derselbe, Beitrag zur Symbolik im Alltag. Zentralbl. f. Psychoanal. 1910. I. 96—98.
229. Derselbe, The Mechanism and Interpretation of Dreams. Journ. of Abnormal Psychol. Febr./März.
230. Derselbe, Remarks on Dr. Morton Princes Article: „The Mechanism and Interpretation of Dreams". ibidem. V. 328—336.
231. Jones, Robert, An Address on Temperaments: is there a Neurotic One? The Lancet. II. p. 1.
232. Derselbe, Some Instances of the Influence of Dreams on Waking Life. Journ. of Abnorm. Psychol. VI. 11—18.
233. Derselbe, A Review of the Recent Literature in England and America on Clinical Psychology and Psychopathology. Arch. of Neurol. 5. 120.
234. Joseph, H. W. B., The Psychological Explanation of the Development of the Perception of External-Objects. (III.) Reply to Prof. Stout. Mind. N. S. No. 78. April. p. 161—180.
235. Joteyko, J., Rapport sur le sentiment de la justice. La Revue psychopathologique. 4. 55.
236. Derselbe, La vie des élements psychiques. ibidem. 4. 20. 317.
237. Jung, C. G., Beiträge zur Psychologie des Unbewussten. 44. Jahresvers. d. Vereins schweizer. Irrenärzte. Lausanne. 5. Juni.
238. Derselbe, Zur Psychologie des Klatsches. Psichoterapija. No. 3.
239. Kahn, Eugen, Einige Beobachtungen über Farbenunterscheidung bei Kindern. Inaug.-Dissert. München.
240. Kaindl, Die physiologischen Grenzen der Gesichtshalluzination. (Von H. Dennis Taylor). Psychische Studien. H. 1—4. p. 36. 158. 223 ff.
241. Kakise, Hikozo, A Preliminary Experimental Study of the Conscious Concomitants of Understanding. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 14.
242. Kallen, Horace M., The Aesthetic Principle in Comedy. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 2. p. 139.
243. Katz, David, Die Erscheinungsweisen der Farben und ihre Beeinflussung durch die individuelle Erfahrung. Zeitschr. f. Psychologie. Erg.-Bd. 7.
244. Katz, M., Die Schilderung des musikalischen Eindrucks bei Schumann. Zeitschr. f. angew. Psychol. V. 1—53.



245. Katzaroff, Dimitri, Contribution à l'étude de la recognition. Arch. de Psychologie. T. XI. p. 1.
246. Keller, Adolf, Das Wesen der Vernunft. Gr.-Lichterfelde. Unverdorben & Co.
247. Keller, Christian, Intelligens-Prøverne. Nyt Tidsskrift for Abnormvaesenet. 1910. 2 Haefte.
248. Kent, G. H., and Rosanoff, A. J., A Study of Association in Insanity. Amer. Journ. of Insanity. 67. 37. 317. 1910.
249. Kern, Das Erkenntnisproblem und seine kritische Lösung. 2. Auflage. 1910. Berlin. Aug. Hirschwald.
250. Kidder, W. H., Psychology of Tuberculosis. New York State Journ. of Medicine. Jan.
251. Kiernan, James G., Is Genius A Sport, A Neurosis or a Child Potentiality Developed. The Alienist and Neurol. Vol. 32. No. 1—4. p. 156. 439. 626.
252. Kiesow, F., Über die Versuche von E. H. Weber und M. Szabadföldi, nach welchen einer Hautstelle aufliegende Gegenstände von gleicher Grösse nicht gleich schwer empfunden werden, wenn ihre Temperaturen gewisse Unterschiede aufweisen. Nach einer zum Teil von Dr. Leopold Chinaglia ausgeführten Untersuchung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 1. p. 50.
253. Klages, Ludwig, Über Charakterkunde. Eine Erwiderung. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 1. p. 108.
254. Knauer, A., Psychologische Untersuchungen über den Meskalinrausch. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 115. **(Sitzungsbericht.)**
255. Knott, J., Phrenology and its Founder: The Claims of Franz Joseph Gall on the Homage of Scientific Posterity. New York Med. Journal. Febr. 18. March. 4.
256. Koffka, Kurt, Ueber Vorstellungen. Habilitationsschrift. Giessen.
257. Derselbe, Ueber latente Einstellung. Ber. IV. Kongr. f. exper. Psychol. 239—241.
258. Kohl, August, Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalters. Würzburg. C. Kabitzsch.
259. Köhler, Physiologisch-psychologische Untersuchungen über den Tonsinn. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1296.
260. Köhler, W., Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1910 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 5/6. p. 331.
261. Kohnstamm, O., Willensfreiheit und Zielstrebigkeit. (Psychobiologische Abhandlungen. I.) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. H. 3/4. p. 87.
262. Derselbe, Über den „psychobiologischen Standpunkt in der Erkenntnistheorie. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. p. 379. **(Sitzungsbericht.)**
263. Kohut, Adolf, Ein unbekannter Aufsatz von Dr. med. Ernst Freiherr v. Feuchtersleben über die ärztliche Seelenkunde. Medizin. Klinik. No. 38. p. 1478.
264. Kostyleff, N., Freud et le problème des rêves. Contribution à l'étude objective de la pensée. Revue philosophique. No. 11. p. 491.
265. Kraepelin und Sommer, Psychologische Untersuchungsmethoden. Neurol. Centralbl. p. 573. **(Sitzungsbericht.)**
266. Kronfeld, Arthur, Experimentelles zum Mechanismus der Auffassung. Neurol. Centralbl. p. 1272. **(Sitzungsbericht.)**
267. Derselbe, Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. Systematik und kritische Erörterung. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 2—3. p. 130. und Leipzig. 1912. Wilh. Engelmann.
268. Krueger, F., Die ethnologische Methode in der Psychologie. Ber. IV. Congr. f. exper. Psychol. Leipzig. 243—245.
269. Kuenemann, E. T. A. Hoffmann. Etude médico-psychologique. Thèse de Paris.
270. Kunz, M., Zum „Ferngefühl" als Hautsinn. (Fortsetzung der Abhandlung: Nochmals das „Ferngefühl" [die Fernempfindung] als Hautsinn.) Dazu Nachbemerkung von Prof. Dr. E. Neumann. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. H. 12. p. 621.
271. Lagriffe, L., Un problème psychologique; des deux aspects d'Arthur Rimbaud. Journ. de psychol. norm. et path. 1910. VII. 499—523.
272. Lange, P. F., The Psychologist in the Service of the Community. The Alienist and Neurol. Vol. XXXII. No. 3. p. 455.
273. Lanier, L. H., Influence of the Mind in Health and Disease. Medical Fortnightly. March 25.
274. Lapicque, Louis, Essai d'une nouvelle théorie physiologique de l'émotion. Journ. de psychol. norm. et pathol. No. 1. p. 1—8.
275. Laquer, Leopold, Über die Schädlichkeit kinematographischer Veranstaltungen für die Psyche des Kindesalters. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 11. p. 221.
276. Leclère, A., Le mécanisme de la psychothérapie. Revue philosophique. LXXI. No. 1—2. p. 27. 128.



277. Lem, H. M., Kinderaussagen und Zuverlässigkeit der Zeugenaussagen. Zeitschr. f. angew. Psychol. IV. 348—363.
278. Le Menant des Chesnais, Quelques considérations sur l'hypnotisme, la suggestion et la persuasion. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 252. **(Sitzungsbericht.)**
279. Lemeslo, Henry, La lumière bleue en liturgie. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 317. **(Sitzungsbericht.)**
280. Lépine, J., Intonation et mémoire. Note relative à la „chanson du langage". Revue de Médecine. No. 6. p. 496.
281. Leschke, Erich, Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXI. H. 1—3. p. 435.
282. Derselbe, Erwiderung auf obige Bemerkung von Ernst Weber zu meiner Abhandlung: „Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge." ibidem. Bd. XXI. H. 4. p. 581.
283. Lescoeur, J. A. L., Sur les relations qui existent entre certains coëfficients urinaires et les divers modes de l'activité humaine, principalement le travail intellectuel. Thèse de Lille.
284. Levy-Suhl, Max, Studien über die experimentelle Beeinflussung des Vorstellungsverlaufes. (Dritter Teil.) Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 1—2. p. 1. u. Leipzig. J. A. Barth.
285. Ley, A., und Menzerath, P., L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales. Gent. A. van der Haeghen.
286. Libert, Lucien, Saint-Pierre Dutailli, frère de Bernardin de Saint-Pierre. Etude médico-psychologique. Ann. médico-psychol. 9. S. T. XIV. p. 415. **(Sitzungsbericht.)**
287. Lipmann, O., Die Schätzungen und die Ergebnisse der Farben-, Lokalisations- und Sukzessionsfragen. Zeitschr. f. angewandte Psychologie. Bd. 4. H. 3—4. p. 312.
288. Derselbe, Aussagen und physikalische Demonstrationen. II. Die Schätzungen und die Ergebnisse der Farben-, Lokalisations- und Sukzessionsfrage. ibidem. IV. 312—334.
289. Derselbe, Die Spuren interessebetonter Erlebnisse und ihre Symptome (Theorie, Methoden und Ergebnisse der Tatbestandsdiagnostik. Beihefte z. Zeitschr. f. angew Psychol. No. 1. p. 1—96.
290. Lobedank, Emil, Das Problem der Seele und der Willensfreiheit in Theorie und Praxis. Beitrag zum Ende eines alten Streites. Berlin. J. Guttentag.
291. Lorenz, Ueber die Beeinflussung der Leistungsfähigkeit auf Grund von Resultaten moderner Ermüdungsforschung. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1375.
292. Lüdtke, Franz, Kritische Geschichte der Apperzeptionsbegriffe. Zeitschr. f. Philosophie. Bd. 141. H. 1. p. 41.
293. Lutzenberger, R. von, Psychoanalyse in einem Fall von Errötungsangst als Beitrag zur Psychoanalyse des Schamgefühls. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 304—307.
294. Mac Dougall, R., Contrary Suggestion. Journ. of Abnorm. Psychol. 6. 368.
295. Mach, E., Die Analyse der Empfindungen und das Verhältnis der Physischen zum Psychischen. 6. vermehrte Auflage. Jena. G. Fischer.
296. Máday, S. von, Der Begriff des Triebes. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 295—303.
297. Derselbe, Das Orientierungsvermögen des Pferdes. Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 5. H. 1. p. 54.
298. Derselbe, Zur Psychologie der Pferdes und des Reitens. Ber. d. IV. Congr. f. exper. Psychol. Leipzig. 274—279.
299. Maeder, A., Psychologische Untersuchungen an Dementia-praecox-Kranken. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. 1910. II. 185—245.
300. Major, Gustav, Pädagogik und Psychopathologie. Zeitschr. f. pädag. Psychol. p. 529.
301. Margis, Paul, Das Problem und die Methoden der Psychographie. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 5. H. 5—6. p. 409.
302. Marie, A., Bechterew, Clouston, Grasset, Lugaro, Magnan, Pilcz, Raymond, Ziehen, Traité international de Psychologie pathologique. T. 1. Psychologie générale. T. II. Psychopathologie clinique. Paris. Felix Alcan.
303. Maxwell, J., Neuland der Seele. Anleitung zu einwandfreier Darstellung und Ausführung psychischer Versuche. Stuttgart. J. Hoffmann.
304. Mc Comas, H. C. jr., Some Types of Attention. Psychol. Monog. XIII. No. 3. 1—55.
305. Messer, August, Psychologische und ethische Bemerkungen zur „unbewussten Fahrlässigkeit". Monatschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 2. p. 65.
306. Meumann, E., Über Bekanntheits- und Unbekanntheitsqualität. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 1. p. 36.
307. Meunier, P., et Masselon, R., Les rêves et leur interprétation. Paris. 1910. Bloud.
308. Meyer, Experimentelle Analyse psychischer Vorgänge beim Schiessen mit der Handfeuerwaffe. Ein Versuch. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 4. p. 397.
309. Derselbe, Vorschläge zu Versuchen im Anschluss an meinen Aufsatz „Experimentelle Analyse psychischer Vorgänge beim Schiessen mit der Handfeuerwaffe. ibidem. Bd. 22. H. 1. p. 47.



310. **Mikulski**, Zur Methode der Intelligenzprüfung. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. VI. H. 3.
311. **Miller**, L., Psychology and the Insane. Journ. Am. Soc. Psychol. Research. 1910. IV. 365—369.
312. **Minneman**, C., Untersuchungen über die Differenz der Wahrnehmungsgeschwindigkeit von Licht- und Schallreizen. I. Theoretische Erörterungn über die Differenz von Wahrnehmungsgeschwindigkeiten. II. Bisheriger Stand der Untersuchungen über die Wahrnehmungsgeschwindigkeit von Licht- und Schallreizen. III. Experimentelle Untersuchung über die Wahrnehmungsgeschwindigkeit von Licht- und Schallreizen, nach der Methode direkter Vergleichung. Archiv f. Psychologie. Bd. XX. H. 3. p. 227. 277. 311.
313. **Mitchell**, T. W., The Hypnoidal State of Sidis. Proc. Soc. Psych. Research. Glasgow. XXV. Pt. LXIII. 338—352.
314. **Moede**, Walther, Gedächtnis in Psychologie, Physiologie und Biologie. Kritische Beiträge zum Gedächtnisproblem. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 2—3. p. 312.
315. **Moll**, Albert, Kraepelins Experimente mit kleinen Alkoholdosen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 2. p. 65.
316. Derselbe, Nochmals Kraepelins Experimente mit kleinen Alkoholdosen. ibidem. Bd. III. H. 5. p. 257.
317. **Monnet**, R., La perception de la troisième dimension. Journ. de psychol. norm. et path. VIII. 104—127.
318. **Montet**, de, Beitrag zur Periodenlehre. Neurol. Centralbl. p. 1077. **(Sitzungsbericht.)**
319. **Moravcsik**, Ernst Emil, Experimente über das psychogalvanische Reflexphänomen. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. H. 5. p. 186.
320. Derselbe, Diagnostische Assoziationsuntersuchungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 5. p. 626.
321. **Morton Prince**, La dissociation de la personnalité. Etude biographique de psychologie pathologique. Paris. Félix Alcan.
321a. Derselbe, The Mechanism and Interpretation of Dreams; a Reply to Dr. Jones. Journ. Abnorm. Psychol. V. 337—353.
322. **Mourgue**, R., Psychométrie et pathologie mentale. (A propos d'un travail récent.) Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. No. 457.
323. **Mulder**, W., The Fusion of Sensations of Rotation. The Brit. Journ. of Psychol. **4.** 205.
324. **Müller**, G. E., Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufes I. Teil. Zeitschr. f. Psychologie. Ergänzungsband 5.
325. **Münch**, Wilhelm, Schülertypen. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 1—2. p. 14. 106.
326. **Münsterberg**, Psychologie und Pathologie. Zeitschr. f. Pathopsychol. **1.** 50.
327. **Murrey**, G. P., The Mysterious Phenomena of Matter and Mind. Womans Med. Journ. Nov. XXI.
328. **Myers**, Charles S., A Case of Synaesthesia. The Brit. Journal of Psychology. Vol. IV. Part 2. p. 228.
329. Derselbe, The Fifalls of „Mental Tests". The Brit. Med. Journal. I. p. 195.
330. **Nepalleck**, R., Analyse einer scheinbar sinnlosen infantilen Obsession. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 155—157.
331. **Netschajeff**, A., Untersuchungen über die Beobachtungsfähigkeit von Schülern. Zeitschr. f. angew. Psychol. IV. 335—346.
332. **Niessl-Mayendorf**, v., Über die Mechanik der Wahnbildungen. Neurol. Centralbl. p. 694. **(Sitzungsbericht.)**
333. **Norris**, Ethel L., and **Twiss**, Alice C., An Effect of Fatigue on Judgments of the Affective Value of Colors. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 112.
334. **Offner**, Der Wahrheitsbegriff des Pragmatismus. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 235. **(Sitzungsbericht.)**
335. **Ohms**, Hermann, Untersuchung unterwertiger Assoziationen mittels des Worterkennungsvorganges. Inaug.-Dissert. 1910. Göttingen.
336. **Öhrvall**, Hjalmar, Om några synillusioner. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Ny följd. Bd. XVII. H. 1—2. p. 1.
337. **Ordahl**, Luise Ellison, Consciousness in Relation to Learning. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 2. p. 158.
338. **Ossipoff**, N. E., Die Psychotherapie in den literarischen Werken L. N. Tolstois. Psichoterapija. No. 1.
338a. **Patini**, E., Coscienza, subcoscienza, meoscienza ed apsichiia. Rivista di psicologia applicata. Band VI. Gmola.
339. **Pauli**, Richard, Über die Beurteilung der Zeitordnung von optischen Reizen im Anschluss an eine von E. Mach beobachtete Farbenerscheinung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXI. H. 1—3. p. 132.



340. Paulsen, Johannes, Untersuchungen über die psychophysiologische Erkenntnistheorie Th. Ziehens. I. Der psychologische Begriff der Empfindung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 1. p. 1.
341. Pax, Ferdinand, Die Psychologie der Aktinien im Lichte neuerer Forschungsn. Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 4. H. 6. p. 546.
342. Pear, T. H., The Experimental Examination of Some Differences between the Major and the Minor Chord. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. Part I. p. 56.
343. Derselbe, The Classification of Obervers as „Musical“ and „Unmusical“. ibidem. p. 89.
344. Pestalozza, Hanna von, Das Erwachen der kindlichen Psyche. Zeitschr. f. Krankenpflege. Jan./Febr. p. 26. 55.
345. Peters, Wilhelm, Gefühl und Erinnerung. Beiträge zur Erinnerungsanalyse. Psychologische Arbeiten. Bd. VI. H. 2. p. 197.
346. Peterson, F., and Rainey, L. H., The Beginnings of Mind in the New-Born. Bull. of the Lying-In Hospital of the City of New York. Vol. VII. No. 3. p. 99.
347. Peugniez, La suggestion par la beauté. Agnès Sorel et Charles VII. Revue neurol. 2. S. p. 306.
348. Pewnitzki, A. A., Einige Fälle von Psychoanalyse. Psichoterapija. No. 2.
349. Pfister, Oskar, Zur Psychologie des hysterischen Madonnenkultus. Zeitschr. f. Religionspsychologie. Bd. V. No. 8. p. 263. u. Zentralbl. f. Psychoanal. 1910. I. 30—37.
350. Philippson, Paula, Ueber die Anfänge des Seelenlebens im ersten Lebensjahr. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. III. 155—160.
351. Piéron, H., La théorie périphérique des émotions et les expériences de Gemelli. Journ. de psychol. norm. et path. 1910. p. 441—443.
352. Derselbe, Les variations physiogalvaniques comme phénomène d'éxpression des émotions. Rev. de psychiat. 1910. XLV. 486—506.
353. Platonow, K., Versuch einer experimentell-psychologischen Untersuchung der Konzentrierungsfähigkeit im Greisenalter. Revue f. Psych. (russ.) **16.** 204.
354. Ponzo, M., Über einen Apparat zur Bestimmung der beim Lokalisieren von Hautempfindungen begangenen Fehler und deren Richtungen (Dermolokalimeter). Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 1. p. 105.
355. Derselbe, Über einen neuen Zirkel für die Bestimmung der simultanen Raumschwellen der Körperhaut. ibidem. Bd. 22. H. 2—3. p. 390.
356. Pope, C., The Scientific Significance of Dreams. Kentucky Med. Journal. June 1.
357. Poppelreuter, Walther, Beiträge zur Raumpsychologie. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 58. H. 3—4. p. 200.
358. Poyer, Georges, Cabanis, Choix de textes et introduction. Paris. 1910. L. Michaud.
359. Derselbe, Les origines de la psycho-physiologie. Cabanis. Journal de Psychol. norm. et pathol. mars. 1910.
360. Prandtl, Antonin, Experimente über den Einfluss von gefühlstbetonten Bewusstseinslagen auf Lesezeit und Betonung. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 1—2. p. 26.
361. Preisig, H., Notes sur le langage chez les aliénés. Arch. de Psychologie. T. XI. p. 91.
362. Putnam, J. J., Plea for Study of Philosophic Methods in Preparation for Psychoanalytic Work. Journal of Abnormal Psychol. VI. No. 4. p. 249.
363. Radbruch, G., Die Psychologie der Gefangenschaft. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. **32.** Liszt-Festschrift.
364. Radecki, W., Recherches expérimentales sur les phénomènes psycho-électriques. Archives de Psychologie. T. XI. No. 43. p. 209.
365. Rahmer, Die Psychologie des Briefes. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3. p. 191. **(Sitzungsbericht.)**
366. Rank, O., Ein Traum, der sich selbst deutet. Jahrb. f. psyoanal. u. psychopath. Forsch. 1910. II. 465—540.
367. Derselbe, Belege zur Rettungsphantasie. Centralbl. f. Psychoanal. I. 331—336.
368. Derselbe, Die Lohengrinsage. Ein Beitrag zu ihrer Motivgestaltung und Deutung. (Schriften zur angewandten Seelenkunde. H. 13.) Wien. Fr. Deuticke.
369. Ranschburg, P., Das kranke Gedächtnis. Ergebnisse und Methoden der experimentellen Erforschung der alltäglichen Falschleistungen und der Pathogenese des Gedächtnisses. Leipzig. J. A. Barth.
370. Read, Carveth, Instinct, Especially in Solitary Wasps. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. Part I. p. 1.
371. Derselbe, The Psychology of Genius. Proc. of the Brit. Psycholog. Soc. May 6.
372. Derselbe, The Function of Relations in Thought. The Brit. Journ. of Psychol. Vol. IV. No. 3—4. p. 342.
373. Regnault, Félix, Le cerveau et l'intelligence. Le Progrès médical. No. 19. p. 236.
374. Rehm, O., Periodizität und Psyche. Klinisch-therapeut. Wochenschr. No. 19. p. 512.



375. Rehwoldt, Friedrich, Über respiratorische Affektsymptome. Psycholog. Studien. Bd. VII. H. 3. p. 141.
376. Reichel, Gerhard, Zinzendorfs Frömmigkeit im Licht der Psychoanalyse. Kritische Prüfung des Buchs von Pfister „Die Frömmigkeit des Grafen Ludwig von Zinzendorf" und ein Beitrag zum Verständnis der extravaganten Lehrweise Zinzendorfs. Tübingen. J. G. B. Mohr.
377. Revault d'Allonnes, G., Recherches expérimentales sur l'attention. Revue Philosophique. LXXI. No. 3—5. p. 285. 494.
378. Révész, G., Ueber die hervorragenden akustischen Eigenschaften und musikalischen Fähigkeiten des siebenjährigen Komponisten Ervin Nyiregyházy. Ber. d. IV. Kong. f. exp. Psychol. p. 224—228.
379. Richter, Elise, Wie wir sprechen. 6 volkstümliche Vorträge. Leipzig. 1912. B. G. Teubner.
380. Rieffert, J., Bericht über den IV. internationalen Kongress für Philosophie zu Bologna vom 6.—11. April 1911, insbesondere die psychologische Sektion. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXI. H. 1—3. p. 464.
381. Rignano, Eugenio, Über die mnemonische Entstehung und die mnemonische Natur affektiver Neigungen. Archiv f. die ges. Psychol. Bd. XX. H. 1. p. 1.
382. Derselbe, Von der Aufmerksamkeit. I. und II. Arch. f. ges. Psychologie. Bd. 22. H. 2—3. p. 267.
383. Riklin, F., Eine Lüge. Zentralbl. f. Psyochoanal. I. 193—199.
384. Ritter, C., Über Ermüdungsmessungen. Kritisches und Experimentelles. Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 4. H. 6. p. 577.
385. Rodriguez Etchart, C., La duración de los sentimentos como la de las sensaciones es mayor que la de sus respectivos excitantes. Rev. frenopát. españ. IX. 1—6.
386. Rogers, E. J. A., Mental Influence in Digestion. Denver Med. Times and Utah Med. Journ. July.
387. Rogers, L. J., Quelques observations de rêves. Journ. de psychol. norm. et path. VIII. 152—157.
388. Rosenstein, G., Julius Piklers dynamische Psychologie und ihre Beziehungen zur Psychoanalyse. Zentralbl. f. Psychonal. I. 316—325.
389. Rosenthal, F., Karin Michaelis: Das gefährliche Alter, im Lichte der Psychoanalyse. Centralbl. f. Psychoanal. I. 277—294. u. Psichoterapija. No. 4—5.
390. Rossolimo, G., Die psychologischen Profile. Zur Methodik der quantitativen Untersuchung der psychischen Vorgänge in normalen und pathologischen Fällen. Eine experimentell-psychologische Studie. Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten. Bd. IV. H. 3. p. 249. u. Bd. VI. H. 4. p. 295.
391. Rouby, La vérité sur Lourdes. Paris. 1910. Emile Nourry.
392. Rusk, R. R., Experiments on Mental Association in Children. Brit. Journ. of Psychol. 1910. III. 349—385.
393. Ruttmann, W. J., Psychobiologie des Kindes. Natur. I. 247—251.
394. Rutz, Ottmar, Der Gemütsausdruck als Rassenmerkmal. Anthropos. VI. H. 1—2. p. 302.
395. Derselbe, Körperhaltung und Stimme als Ausdruck des Seelischen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 237. **(Sitzungsbericht.)**
396. Derselbe, Sprache, Gesang und Körperhaltung. Handbuch. Leipzig. Breitkopf u. Härtel.
397. Derselbe, Musik, Wort und Körper als Gemütsausdruck. Leipzig. Breitkopf u. Härtel.
398. Rybakow, Th., Aufmerksamkeit bei geistiger Arbeit bei Studenten und Studentinnen. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) **40.** 1497.
399. Derselbe, Ein neues Instrument zur Prüfung des Gedächtnisses für Farben und Farbentöne. ibidem. (russ.) 11. 322.
400. Sadger, J., Zur Psychologie des einzigen und des Lieblingskindes. Fortschritte der Medizin. No. 26. p. 601.
401. Derselbe, Zum Verständnis der Hypnose und des hysterischen Delirs. Zentralbl. f. Psychoanal. 1910. I. 98—102.
402. Safford, F. H., Precision of Measurements Applied to Psychometric Functions. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 94.
403. Saint-Yves, Les images qui ouvrent et ferment les yeux. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 317. **(Sitzungsbericht.)**
404. Derselbe, Les résurrections d'enfants mort-nés et les sanctuaires à „répit". ibidem. 1912. 10. S. T. I. p. 111. **(Sitzungsbericht.)**
405. Salow, Paul, Untersuchungen zur uni- und bilateralen Reaktion. I. Entwicklung der Auffassung und Behandlungsweise der Reaktionsversuche. Psycholog. Studien. Bd. VII. H. 1—2. p. 1.
406. Sarfatti, Gualterio, Quelques observations de psychologie militaire. Riv. di psichol. applicata. janv.

407. Schaefer, Karl L., Über sinnespsychologische Untersuchungsmethodik. Blätter f. Taubstummenbildung. No. 4 u. 5.
408. Scheier, M., Über Selbsttäuschungen. Zeitschr. f. Psychopathologie. I. 87.
409. Schenk, Paul, Kleinste Alkoholdosen. Ein Beitrag zu dem Streite Moll-Kraepelin. Deutsche Medizinalzeitung. No. 29. p. 557.
410. Derselbe, Psychologie des Trinkers. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 24. p. 501.
411. Schleich, Ludwig, Von der Seele. Essays. Berlin. S. Fischer.
412. Schlesinger, Abraham, Die Methode der historisch-völkerpsychologischen Begriffsanalyse. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 2. p. 150.
413. Schneidemühl, Georg, Handschrift und Charakter. Ein Lehrbuch der Handschriftenbeurteilung. Leipzig. Th. Griebens Verlag.
414. Schneider, Stanislaus, Die Helligkeitsadaptation bei kontinuierlichen und diskontinuierlichen Erregungen. Psycholog. Studien. Bd. VI. H. 3. p. 196.
415. Schmidtmann, Moritz, Der Einfluss des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen. Psychologische Arbeiten. Bd. VI. H. 2. p. 300.
416. Schneider, Karl Camillo, Leitende Gedanken der modernen Tierpsychologie. (Feuilleton.) Wiener klin. Rundschau. No. 37. p. 586.
417. Schreuder, A. J., Etwas über Verstandesmessungen. Paedagog. Tijdschr. 3.
418. Schubotz, Friedrich, Beiträge zur Kenntnis des Sehraumes auf Grund der Erfahrung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 2. p. 101.
419. Schücking, Adrian, Letzte Erkenntnismöglichkeiten. Gedanken eines Arztes. Stuttgart. F. Encke.
420. Schwanhäusser, Hans, Das Seelenleben der Dschagganeger. Inaug.-Dissert. 1910. Erlangen.
421. Segaloff, Tim., Die biologische Bedeutung der Ekstase. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 5. p. 289.
422. Seif, Leonhard, Ueber Traumdeutung. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 249. **(Sitzungsbericht.)**
423. Selz, Otto, Willensakt und Temperament. Eine Erwiderung. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 1—2. p. 113.
424. Sermyn, C. de, Contribution à l'étude de certaines facultés cérébrales méconnues. Paris. Félix Alcan.
425. Serog, Max, Das Problem des Wesens und der Entstehung des Gefühlslebens. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 8. H. 2. p. 107.
426. Shaw, Thomas Claye, An Address on the Clinical Aspects of Emotion and Action. The Lancet. I. p. 353.
427. Shephard, W. T., Some Mental Processes of the Rhesus Monkey. Psychol. Monogr. 1910. XII. No. 5. 1—61.
428. Derselbe, The Discrimination of Articular Sounds by Racoons. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 116.
429. Derselbe, Imitation in Raccoons. ibidem. Vol. XXII. No. 4. p. 583.
430. Sichel, Max, Zur Psychopathologie des Selbstmordes. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 10. p. 445.
431. Sinowjew, P. M., Experimentelle Daten zur Frage über die Eigentümlichkeiten des kombinierten Denkens bei Geisteskranken. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 11.
432. Sleight, W. G., Is Memory a Faculty? Proceed. of the Brit. Psycholog. Soc. 21. Jan.
433. Derselbe, Memory and Formal Training. The Brit. Journ. of Psychol. Vol. IV. No. 3—4. p. 386.
434. Slépian, Amnésie de fixation. Sa valeur sémiologique et ses conséquences psychologiques. Thèse de Paris.
435. Smith, E. M., Some Observations Concerning Colour Vision in Dogs. Proc. of the Brit. Psycholog. Soc. May 6.
436. Sokolowsky, Alexander, Verständigungsmittel in der höheren Tierwelt. Medizin. Klinik. No. 23. p. 892.
437. Derselbe, Zur Frage des Geisteslebens der Menschenaffen. ibidem. 1909. No. 39.
438. Derselbe, Zum Problem der Menschwerdung. ibidem. 1910. No. 16.
439. Somer, E. de, Etudes psychologiques de quelques délires. Bull. Soc. de Méd. ment. de Belgique. 196.
440. Derselbe, L'activité humaine dans ses rapports avec la fonction du réel. ibidem. 310.
441. Sommer, R., Die Beziehungen der experimentellen Psychologie zur praktischen Medizin, insbesondere zur Psychiatrie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 2. p. 29.
442. Derselbe, Die psychologischen Untersuchungsmethoden. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. IV. H. 3. p. 205.
443. Derselbe, Untersuchung eines Gedankenlesers. ibidem. Bd. VI. H. 4. p. 339.
444. Spearman, C., Eine neue Korrelationsformel. Ber. d. IV. Kong. f. exper. Psychol. Leipzig. 189—191.



445. Specht, Wilhelm, Über den Wert der psychologischen Methode in der Psychologie und die Notwendigkeit der Fundierung der Psychiatrie auf einer Pathopsychologie. Zeitschr. f. Pathopsychologie. 1. 4.
446. Derselbe, Die Gedächtnislehre Bergsons. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 246. **(Sitzungsbericht.)**
447. Stefănescu-Goangă, Florian, Experimentelle Untersuchungen zur Gefühlsbetonung der Farben. Psycholog. Studien. Bd. VII. H. 4—5. p. 284.
448. Stekel, Wilhelm, Die Verpflichtung des Namens. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 2. p. 110.
449. Derselbe, Die Sprache des Traumes. Eine Darstellung der Symbolik und Deutung des Traumes in ihren Beziehungen zur kranken und gesunden Seele für Ärzte und Psychologen. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
450. Derselbe, Ein Beispiel von Versprechen (ei, bei, brei, blei). Zentralbl. f. Psychoanal. 1910. I. 40—43.
451. Sternberg, Wilhelm, Zur Physiologie des Kitzelgefühls. Fortschritte der Medizin. No. 29. p. 673.
452. Derselbe, Die Physiologie der Kitzelgefühle. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 1—2. p. 73.
453. Derselbe, Das Appetitproblem in der Physiologie und in der Psychologie. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 1—2. p. 91.
454. Stigler, R., Chronophotische Untersuchungen über den Umgebungskontrast. Ber. d. IV. Kongr. f. exper. Psychol. 279—281.
455. Stumpf, C., Differenztöne und Konsonanz. (Zweiter Artikel.) Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 59. H. 3. p. 161.
456. Derselbe, Konsonanz und Konkordanz. Nebst Bemerkungen über Wohlklang und Wohlgefälligkeit musikalischer Zusammenklänge. ibidem. Bd. 58. H. 5—6. p. 321.
457. Stumpf, Pleikart, Über die Abhängigkeit der visuellen Bewegungsempfindung und ihres negativen Nachbildes von den Reizvorgängen auf der Netzhaut. ibidem. Bd. 59. H. 5/6. p. 321.
458. Tassy, E., Essai d'une classification des états affectifs. Revue philosophique. No. 6. p. 690.
459. Thierfelder, A., Eine Sinnestäuschung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XIX. H. 3—4. p. 553.
460. Titchener, E. B., A Note of the Consciousness of Self. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 4. p. 540.
461. Derselbe and Geissler, L. R., A Bibliography of the Scientific Writings of Wilhelm Wundt. ibidem. Vol. XXII. No. 4. p. 586.
462. Torren, J. van der, Over de narverking van reeds gehoorde blanken op het verstaan. Psych. en Neurol. Bladen. XV. 276—284.
463. Toulouse, Ed., et Piéron, H., Technique de psychologie expérimentale. Paris. O. Doin.
464. Treves, Rapport sur le laboratoire de psychologie pure et appliquée de la ville de Milan. Archives de Psychologie. T. XI. p. 187.
465. Trigant Burrow, Some Psychological Phases of Medicine. Journ. of Abnorm. Psychol. 6. 205.
466. Trömner, Ernst, Traumdeutung und Traumbedeutung. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. p. 361. **(Sitzungsbericht.)**
467. Derselbe, Vorgänge beim Einschlafen. (Hypnagoge Phänomene.) Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 17. p. 343.
468. Tucker, A. Winifred, Observations on the Colour Vision of School Children. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. Part. I. p. 33.
469. Turró, R., Ursprünge der Erkenntnis. I. Die physiologische Psychologie des Hungers. (Deutsch von F. H. Lewy.) Leipzig. J. A. Barth.
470. Uhlirz, R., Ueber den Mechanismus der Erinnerung. Cor.-Bl. d. Ver. dtsch. Aerzte in Reichenberg. XXIV. No. VI. 1—4.
471. Urban, F. M., Eine Bemerkung über die Methode der ebenmerklichen Unterschiede. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 1. p. 45.
472. Derselbe, A Reply to Professor Safford. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 2. p. 298.
473. Vandendonck, J., Les témoignages d'enfants dans un procès retentissant. Archives de Psychologie. T. XI. p. 129.
474. Vaschide, N., Le sommeil et les rêves. Paris. Ernest Flammarion.
474a. Vecchia, P., Il „fiat“ della volonta. Rivista di psicologia applicata. Band VI. Imola.
475. Velzen, Thoden van, Die Seele. Neurol. Centralbl. p. 696. **(Sitzungsbericht.)**
476. Voigt, Andreas, Über die Beurteilung von Temperaturen unter dem Einfluss von Adaptation. Zeitschr. f. Psychologie. 1910. Bd. 56. p. 344.



477. Vold, John Mourly, Ueber den Traum. Leipzig. 1910. J. A. Barth.
478. Voss, Beiträge zur Psychologie des Gattenmordes und Verwandtes. Arch. f. Kriminal-anthropol. Bd. 41. H. 3—4. p. 281.
479. Derselbe, Mord oder Unfall? Ein Sieg der Lüge. Beitrag zur Psychologie des Kindesmords. ibidem. p. 317.
480. Vries Schaub, Alma de, On the Intensity of Images. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXII. No. 3. p. 346.
481. Waite, H., The Teachers Estimation of the General Intelligence of School Children. Biometrica. Vol. VIII. Part. I—II. p. 79.
482. Wartensleben, Gabriele, Gräfin von, Beiträge zur Psychologie des Übersetzens. Zeitschr. f. Psychol. 1910. Bd. 57. p. 89.
483. Washburn, M. F., A Note on the Affective Value of Colors. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 114.
484. Wayenburg, G. A. M. van, Schwingungen der geistigen Energie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. I. 2321. (Sitzungsbericht.)
485. Weber, E., Physiologische Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge. Handb. d. Neurol. Lewandowsky. 1910. I. p. 427—449.
486. Weber, Ernst, Bemerkung zu der Abhandlung „die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge". Archiv f. die ges. Psychol. Bd. XXI. H. 4. p. 579.
487. Weiler, Zur Untersuchung der Auffassungs- und Merkfähigkeit. Neurol. Centralbl. p. 635. (Sitzungsbericht.)
488. Weingärtner, Georg, Das Unterbewusstsein. Mainz. Kirchheim & Co.
489. Wells, Frederic Lyman, Practice Effects in Free Association. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXII. No. 1. p. 1.
490. Westphal, Ernst, Über Haupt- und Nebenaufgaben bei Reaktionsversuchen. Archiv für die ges. Psychologie. Bd. XXI. H. 1—3. p. 219.
491. Wetzel, Über das psychogalvanische Reflexphänomen. Neurol. Centralbl. p. 636. (Sitzungsbericht.)
492. Willis, C. A., und Urban, F. M., Ein Beitrag zur Kenntnis der psychomotorischen Funktionen im Gebiete der Gewichtsempfindungen. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 22. H. 1. p. 40.
493. Winch, W. H., The Transfer of Improvement in Memory in School Children. Brit. Journ. of Psychol. 1910. III. 386—405.
494. Derselbe, Quelques mensurations de la fatigue mentale chez les jeunes gens élèves des écoles du soir. The Journ. of Educational Psychol. Vol. I. No. 1. p. 13—23.
495. Derselbe, Some New Exercises in Reasoning Suitable for the Mental Diagnosis of School Children. Proc. of the Brit. Psycholog. Soc. May. 6.
496. Derselbe, Some Relations between Substance Memory and Productive Imagination in School Children. The Brit. Med. Journal. Vol. IV. Part I. p. 95.
497. Derselbe, Mental Fatigue in Day School Children, as Measured by Arithmetical Reasoning. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. IV. No. 3—4. p. 315.
498. Wirth, W., Zur erkenntnistheoretischen und mathematischen Begründung der Massmethoden für die Unterschiedsschwelle. (Kritische Bemerkungen über F. M. Urbans Behandlung der Methode der ebenmerklichen Unterschiede und G. F. Lipps Verwertung der Gleichheitsfälle.) Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XX. H. 1. p. 52.
499. Witt, A., Sexuelle Eindrücke beim Kinde. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 165.
500. Wittenberg, Wilhelm, Über den gegenwärtigen Stand der Forschung in den mimischen und physiognomischen Wissenschaften. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 248. (Sitzungsbericht.)
501. Wohlgemuth, A., New Apparatus for the Localisation of Temperature Spots. Proceed. of the Brit. Psycholog. Soc. 21. Jan.
502. Wolffensperger, W. P., Untersuchung der Intelligenz. Milit. geneesk. Tijdschr. 15. 1.
503. Wundt, Wilhelm, Vorlesungen über die Menschen- und Tierseele. 5. Auflage. Hamburg u. Leipzig. Leopold Voss.
504. Derselbe, Hypnotismus und Suggestion. 2. durchgesehene Auflage. Leipzig. W. Engelmann.
505. Wyrubow, N., Zur Psychoanalyse des Hasses. Psychotherapie. (russ.) 2. 166.
506. Wyssman, J. W. H., en Schreuder, P. H., Die psychologische Methode Binet und Simons zur Bestimmung des Grades des Intellekts, angewandt bei Schulkindern im Haag. Zuid en Noord. 2. 57.
507. Yung, Emile, De l'insensibilité à la lumière et de la cécité de l'éscargot. (Helix pomatia.) Arch. de Psychologie. T. XI. p. 305.
508. Zergiebel, M., Zur Psychologie des Lehrers. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 9. p. 471.
509. Ziehen, Th., Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen. 9. teilweise umgearbeitete Auflage. Jena. G. Fischer.



510. Derselbe, Die psychologischen Probleme in der Heilkunde. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 1. p. 1.
511. Zwaenepoel, Démonstration expérimentale du mécanisme de l'impulsion et du recul chez le cheval. Bull. Soc. Royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles. 1910. No. 3.
512. Derselbe, Démonstration expérimentale du mécanisme de l'impulsion chez le cheval. Bull. Acad. Royale de Méd. de Belgique. 4. S. T. 25. No. 5. p. 527.

I. Allgemeines.

Das Jahr 1911 hat wiederum eine reiche Ernte psychologischer Arbeiten gebracht. Die schon früher an dieser Stelle gekennzeichnete Entwicklung nach den beiden Richtungen der subjektiven, introspektiven und der objektiven, experimentellen Forschung macht weitere Fortschritte. Vielfach werden durch die Kombination beider Methoden vorzügliche Arbeiten erzielt. Besonders möchte ich hinweisen auf die experimentellen Untersuchungen, die sich mit der psychischen Alkoholwirkung beschäftigen (vgl. Abschnitt 5). Dieser Hinweis ist um so mehr geboten, als es an Angriffen auf die experimentelle Psychologie, vor allem aber auf die Übertragung ihrer Ergebnisse ins praktische Leben (Schule) nicht fehlt. Freilich wird man von den Herren Kritikern mehr erwarten dürfen als Invektiven, die sich bloß auf theoretische Erwägungen oder wenig überzeugende eigene, wenig zahlreiche Versuche stützen. Man mag über Kraepelins u. a. Forscher psychologisch-experimentelle Arbeiten urteilen, wie man will — kein wissenschaftlich denkender Psychiater wird sich der Erkenntnis verschließen können, daß durch das Hineintragen der experimentellen Methoden unser klinisches Verständnis der Geistesstörungen unendlich an Tiefe gewonnen hat.

Mit Freuds Lehren beschäftigt man sich noch lebhaft: freilich nicht durchweg in zustimmender Weise. Die Anhänger Freuds versuchen der Psychoanalyse immer weitere Gebiete zu erschließen; so erweist sich die Seelsorge als furchtbares Feld psychoanalytischer Tätigkeit. Erwähnenswert ist die sachliche, eingehende, psychologische Kritik, die Kronfeld an den Lehren der Wien-Züricher Schule übt. Sie untergräbt die sogenannten wissenschaftlichen Grundlagen des Verfahrens in überzeugender Weise.

Der 2. Band der von **Marie** (302) herausgegebenen „Psychologie pathologique" liegt vor. Er enthält eine knapp umrissene, teilweise vorzüglich gearbeitete spezielle Pathologie der Psychosen. In einer übersichtlichen Einleitung bespricht A. Marie die wichtigsten, im Zentrum der Diskussion stehenden Fragen. So widmet er vor allem dem Wesen der Hysterie einige Worte. Er weist mit Recht darauf hin, daß es unberechtigt ist, die Hysterie in Gegensatz zu den organischen Nervenkrankheiten zu stellen. Nur aus diesem Gegensatz heraus lassen sich die Bestrebungen Babinskis, das Krankheitsbild der Hysterie zu vernichten, erklären. In Übereinstimmung mit Raymond, der gleich im ersten Abschnitt die Psychoneurosen behandelt, sieht Marie in organischen Veränderungen der psychoreflektorischen Funktionen die Grundlage der Hysterie. Der große Zug der Zeit geht, wie Marie hervorhebt, nach einer Einschränkung der Neurosen und Psychosen sine materia zugunsten der organisch bedingten Erkrankungen.

Besonderes Interesse verdient der Abschnitt über die Psychasthenie von Raymond. Er sieht in dieser Krankheit eine „durch Zögern und Unsicherheit im Denken und Handeln und durch die Schwierigkeit der Anpassung des psychischen Lebens an die Vorgänge der Außenwelt" gekennzeichnete Abweichung. Die psychischen Störungen bei organischen Nervenerkrankungen behandelt Bechterew, die progressive Paralyse A. Marie und Lhermitte. Als Ursache der letzten Erkrankung wird nicht die



Syphilis allein angesehen. Sie ist wohl prädisponierend, aber nicht ausschlaggebend. Die Bedeutung der Heredität wird hervorgehoben. Ziehen hat die erworbenen Schwachsinnszustände bearbeitet. Er unterscheidet senile, arteriosklerotische, apoplektische, meningitische, toxische. traumatische und sekundäre (nach funktionellen Psychosen auftretende) Demenz. Es folgt eine kurze Besprechung der Störungen der Ausdrucksbewegungen in Sprache und Schrift von A. Pick. Der Abschnitt über die Dementia praecox stammt aus der Feder von Deny; Lhermitte hat die pathologische Anatomie dieser Erkrankung bearbeitet. Deny teilt die Dementia praecox ein: 1. Dem. primitiva (wohl Heboid der Deutschen); 2. die hebephrenisch-katatonische Form und 3. die deliranten oder paranoiden Zustände. Sehr eingehend sind die körperlichen Störungen bei diesen Psychosen erörtert. Auch die Differentialdiagnose enthält viel Interessantes. Als wichtigste ätiologische Momente werden die Heredität einerseits und äußere Schädlichkeiten (Infektion, vor allem Tuberkulose) andererseits hervorgehoben. Die Auto-Intoxikation scheidet aus. Die degenerativen und psychopathischen Zustände werden von Sollier kurz geschildert. Roubinowitch schildert die angeborenen Schwachsinnsformen (Idiotie, Imbezillität, Debilität, Arriération und Instabilität).

Es folgt das Irresein der Entarteten (Colin und Bourilhet) und die Paranoia chronica (Magnan und Sérieux). Sehr hübsch ist die Schilderung der zyklothymischen Zustände von Bashenoff; sie enthält interessante pathographische Hinweise. A. Pilcz hat die periodischen Psychosen und das manisch-depressive Irresein bearbeitet, ebenso die infektiösen Psychosen; unter der letzten Gruppe faßt er die akuten Verwirrtheitszustände bzw. die Amentia zusammen. Die Schwierigkeit ihrer Unterscheidung von der Katatonie hebt Pilcz hervor; nach ihm sind nur typischer Negativismus, das Vorbeireden und die motorischen Automatismen eindeutige Zeichen der Katatonie, während Katalepsie und Stupor häufig bei Amentia vorkommen. Die übrigen Verwirrtheitszustände sind von Régis und Hesnard bearbeitet worden. Es gehören dahin vor allem die autotoxischen Psychosen. Den Schluß des Bandes bilden die exogen entstandenen toxischen Psychosen (Marie und Riche), unter denen der Alkoholismus verständlicherweise am eingehendsten berücksichtigt worden ist.

Wie schon eingangs hervorgehoben, ist der Gesamteindruck dieses Bandes vortrefflich. Sogar fremdländische, vor allem deutsche Literatur, ist in manchen Abschnitten eingehend berücksichtigt. Störend wirken nur die mitunter völlig sinnentstellend wiedergegebenen fremdsprachigen Zitate.

Sommer (441) schildert in seinem umfassenden, dem Psychiatertag zu Stuttgart erstatteten Referat zuerst die verschiedenen Methoden zur Darstellung der optischen Erscheinungen, der Ausdrucksbewegungen und der Reflexe; dann bespricht er die Erfordernisse einer modernen psychologischen Laboratoriumseinrichtung. Der Analyse der psychischen Einzelfunktionen mußte die Individualpsychologie folgen, die in enge Beziehungen zur Normalpsychologie, der Psychopathologie und der Kriminalpsychologie trat. Die Untersuchung der individuellen Anlagen brachte den Konnex mit der Pädiatrie und der Pädagogik. Von hier aus ergab sich die Notwendigkeit einer Psychologie der Abstammung, ein Eingehen auf die Vererbungslehren. Am Schlusse gibt Sommer eine Kritik der mystischen Richtung in der Psychologie und einen Hinweis auf die tierpsychologischen Forschungen.

Sommer (442) bespricht nacheinander die einzelnen Erkrankungen, bei denen die experimentell-psychologischen Methoden Anwendung gefunden: Die Katatonie, die primäre Demenz, den angeborenen Schwachsinn, die



progressive Paralyse, das manisch-depressive Irresein, die funktionellen Neurosen, den Alkoholismus und die epileptischen Zustände. Dann erwähnt er ihre Bedeutung für die Erkennung der Simulation und für das Studium der hypnotischen Erscheinungen. Die Psychoanalyse im Sinne Freuds und seiner Anhänger faßt Sommer als durch „Milieuwirkung" bedingt auf; er lehnt die sexuelle Ätiologie in ihrer Verallgemeinerung ab.

Ziehen (510) begründet als einzig möglichen wissenschaftlichen Standpunkt der Heilkunde und der Naturwissenschaft gegenüber der Psychologie neben der Anerkennung der Ergebnisse der physiologischen Psychologie auch die Anerkennung einer empirischen experimentellen Psychologie. Nicht nur für die Psychiatrie, sondern auch für die allgemeine Medizin hat die Psychologie hervorragende Bedeutung, da sie gezwungen ist, mit psychologischen Begriffen, wie Schmerz u. dgl., täglich zu arbeiten.

In eindrucksvoller Weise vertritt **Lange** (272) die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie, die Pädiatrie und die Jurisdiktion. Er stellt die experimentelle Psychologie in scharfen Gegensatz zu der modernen „Traumdeuterei" „und der Komplexforschung aus dem Unbewußten".

Rossolimo (390) hat eine Methode der quantitativen Untersuchung psychischer Vorgänge in normalen und pathologischen Fällen ausgearbeitet. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf folgende psychische Eigenschaften: Aufmerksamkeit und Wille, Merkfähigkeit und Gedächtnis, assoziative Vorgänge. Unter den letzteren Vorgängen faßt Rossolimo die Kombinationsfähigkeit, die Findigkeit, die Auffassung, die Einbildungskraft und die Beobachtungsfähigkeit zusammen. Es sind im ganzen 380 Aufgaben, die auf 9 verschiedenen Gebieten liegen und zu ihrer Lösung annähernd 4 Stunden beanspruchen. Da diese Prüfung erhebliche Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit stellt, empfiehlt Rossolimo, die Aufgaben auf 3 Tage zu verteilen. Mit seiner Methode hat Rossolimo Erfahrungen sowohl an normalen wie an pathologischen Fällen gemacht. Er gibt kurvenmäßige Darstellungen der Ergebnisse. Von Krankheitsfällen sind untersucht worden: Verschiedene Schwachsinnsformen, progressive Paralyse, Lues cerebri, Korsakoffsche Psychose (die Merkfähigkeit soll erhalten sein, nur das Gedächtnis leiden; es empfehlen sich mehrfache Versuche in verschiedenen Stadien). Bei Paralysis agitans fand Rossolimo eine fortschreitende Störung des Gedächtnisses. Bei der Epilepsie (grand mal) allgemeinen Rückgang; bei den traumatischen Neurosen ebenfalls deutliches Nachlassen der psychischen Leistungsfähigkeit. Es ließ sich bei den traumatischen Nervenerkrankungen in ähnlicher Weise wie bei der progressiven Paralyse eine asthenische und eine demente Form unterscheiden.

Bobertag (53) hat Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet und Simon an 300 Volksschülern aller 7 Klassen im Alter von 6—12, an 35 Spielschulkindern zwischen 5 und 6, 20 Kindern, die höhere Schulen besuchten, von 6—12 und 80 Hilfsschulkindern aus allen 4 Klassen im Alter von 8—14 Jahren angestellt. Bei der Ausführung der Arbeit ergaben sich einige Modifikationen der Methode, die früher bereits von Bobertag und auch von Lipmann in der „Zeitschrift für angewandte Psychologie" geschildert worden ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können hier im einzelnen nicht besprochen werden. Ich begnüge mich mit dem Hinweis, daß zahlreiche Prüfungen sich als durchaus brauchbar erwiesen haben. Eine Zusammenfassung und graphische Darstellung der Versuchsergebnisse fehlt leider. So ist der Leser genötigt, das Vergleichsmaterial mit einiger Mühe zusammenzusuchen. Sehr beachtenswerte Winke über die Technik der Versuche finden sich am Schlusse der Arbeit.



Descoeudres (102), Hilfsschullehrerin in Genf, hat an 24 Schülern im Alter von 6—14 Jahren die Binet-Simonsche Methode der Intelligenzprüfung erprobt. Die geringe Zahl ihrer Erfahrungen läßt weitgehende Schlüsse nicht zu; immerhin konnte sie mit Hilfe dieser Methode die 7—8jährigen Kinder leicht in eine gute und eine schlechte Gruppe scheiden. Doch scheinen ihr die für dieses Alter bestimmten Proben im allgemeinen zu leicht, während umgekehrt die für das Alter von 11—12 Jahren vorgesehenen Aufgaben zu hohe Ansprüche stellen. Für das Alter von 9—10 Jahren ergaben die Proben am wenigsten charakteristische Unterschiede.

In ihrer zweiten Arbeit schildert **Descoeudres** (103) die Ergebnisse einer Intelligenzprüfung von 14 geistig abnormen und zurückgebliebenen Kindern im Alter von 6—14 Jahren. Die psychische Abnormität variierte von leichter Debilität bis zu ausgeprägtem Schwachsinn. Die Proben setzten sich aus 6 Binet-Simon entnommenen Aufgaben und 9 anderweitigen Prüfungen zusammen. Es zeigte sich eine weitgehende Unabhängigkeit der einzelnen Leistungen, welche die Notwendigkeit vielseitig zusammengestellter Untersuchungsschemata beweist.

Margis (301) bespricht das Problem und die Methoden der Psychographie. Als erste nennt er die intuitiv-deskriptive Methode, dann die klassifizierende. Auf Grund letzterer hat Heymans 110 markante Persönlichkeiten der Geschichte studiert, indem er sie nach dem Vorhandensein seiner 3 Grundeigenschaften einteilte: Emotionalität, Aktivität und Primärfunktion. Diese Schematisierung genügt nicht, ebensowenig die teleographische Methode (Untersuchung der spezifischen Begabung eines Menschen zu seiner Charakterisierung). Schon mehr Erfolg verspricht die analytische Methode, welche namentlich von französischen Forschern (Binet, Toulouse) angewandt, dann aber von Möbius zu seinen bekannten Pathographien herangezogen wurde. Schließlich sind die umfangreichen statistischen Arbeiten von Heymans und Wiersma auf Grund von Rundfragen zu nennen.

Nach diesen historischen Erörterungen wendet sich Margis den psychographischen Methoden des Instituts für angewandte Psychologie zu. Es gilt, eine Universalform zu finden, welche alle diejenigen Fragen enthalten muß, die für eine Charakteristik notwendig sind. Zunächst sollen alle Merkmale gesammelt und in einem Schema vereinigt werden. Die Psychographie kann erstens an historische und zweitens an lebende Objekte herantreten. Einen Versuch der ersten Art hat Margis mit seiner E. T. A. Hoffmann-Analyse gemacht. Die zweite Form bedient sich der direkten Beobachtung, der Anamnese, der Selbstbeobachtung und des Experiments. Am Schlusse des Aufsatzes erörtert Margis die wissenschaftliche Bedeutung der Psychographie und ihre Beziehungen zur Pathographie, der Familienforschung und Vererbungslehre, der Geschichte und der Pädagogik.

Friedlaender's (156) „Nietzsche-Buch" will, wie der Verfasser zur Orientierung bemerkt, das Werden seines philosophischen Geistes zu verstehen geben. Zum Referat sind die Ausführungen völlig ungeeignet.

Reichel's (376) Buch enthält eine Kritik der Arbeit des Züricher Pfarrers Pfister über den Grafen Zinzendorf. Pfister ist Anhänger Freud's. Er ist also verständlicherweise zu dem psychoanalytischen Ergebnis gelangt, daß die Entwicklung Zinzendorfs zum religiösen Menschen im wesentlichen durch die riesigen infantilen Sexualverdrängungen bestimmt war. Die sog. Eruptionsperiode befreite die „schlummernden sadistischen, masochistischen und homosexuellen Begierden aus ihrer Verdrängung und ließ sie im Gewande der Frömmigkeit wieder erscheinen". Reichel hat sich die Mühe nicht verdrießen lassen, den psychoanalysierenden Pfarrer



aufs eingehendste zu widerlegen. Auf die Gefahr hin, als „hinterpommerscher Tagelöhner" betrachtet zu werden, muß Referent sich dem Urteile Reichels unbedingt anschließen, der Pfisters Beweisführung als „oberflächlich, willkürlich und künstlich, mit einem Wort als unwissenschaftlich" bezeichnet.

Graf (172) hat Wagners „Fliegenden Holländer" zum Gegenstand einer psychoanalytischen Studie gemacht. Die Einleitung geht den mehr offen zutage tretenden Motiven (Wagners erste unglückliche Ehe, Sehnsucht nach Befreiung usw.) nach; doch befriedigt den Verfasser diese naheliegende Deutung nicht; es muß ein unterbewußtes erotisches Motiv gefunden werden. Das liegt nun einerseits in den Zweifeln Wagners an seiner Abstammung. Daß Wagner eine frühzeitig geweckte Kindeserotik hatte, hält Graf, nebenbei gesagt, für erwiesen, da er an nächtlichen Angstanfällen litt. Die eigentliche Lösung des Problems aber wird andererseits in dem erotischen Verhältnis Wagners zu seiner Mutter gefunden. „Wenn er, erwachsen und im Leben stehend, niemals genug Liebe erhalten konnte, wenn alle Aufopferung treuer Freunde und alle Verehrung der Frauen diesen Zärtlichkeitshunger nicht zu stillen vermochten, wenn der Künstler immer nach Liebesopfern schrie, was anders könnte diese Gier nach aufopferungsvoller Hingabe erklären, wenn nicht die Gedanken an die Verwöhnung der Kinderjahre." — — — „Wir sind am Ziel", schreibt Graf; das kann man von jeder psychoanalytischen Abhandlung sagen, wenn das gesuchte erotische Motiv „entdeckt" ist.

Hinrichsen (198) sucht unter Anerkennung der großen Schwierigkeiten den Veranlagungstypus der Dichter psychologisch zu charakterisieren, weist auf die Linien hin, welche von der Pseudologia phantastica zum Dichter führen, wie es schon Delbrück und andere getan, bespricht die Bedeutung des „Abreagierens" durch das geschaffene Werk für den Dichter selbst, will diese aber als nicht so wirksam einschätzen, daß, wenn das Individuum zur Psychose disponiert sei, der zur Psychose führende Prozeß durch die „befreiende Kraft" des dichterischen Produzierens eingeschränkt werden könne. Verf. bespricht weiter den Einfluß psychischer und körperlicher Zustände auf die dichterische Konzeption an Hand der Bekenntnisse verschiedener Dichter, sucht das Entstehen dichterischer Werke den verschiedenen Etappen nach darzustellen und will den produktiven Erregungszustand des Dichters normal psychologisch als einen Zustand geistiger Höchstanspannung begreifen. Es scheint ihm unberechtigt, in solchen Erregungszuständen eine Manie zu sehen, wenigstens generell. Hält daher von Möbius auch den Beweis, daß Goethe ein Manisch-Depressiver gewesen sei, nicht für erbracht, während er dieser Diagnose für C. F. Meyer und (mit gewisser Einschränkung) Grillparzer zustimmt. Trotz Otto Ludwigs Bekenntnissen halluziniert der Dichter seine Werke nicht, wenn auch eine hochgradige Lebhaftigkeit der Vorstellungen bei ihm auftreten und den Verdacht halluzinatorischer Vorgänge erwecken kann. Verf. wendet sich mehrfach gegen Anschauungen Freuds und seiner Schule als, wenn einen richtigen Kern einschließend, doch zu weitgehend und schließt mit einem erneuten Hinweis auf die Unmöglichkeit, geistige Krankheitserscheinungen und auf der Grenze stehende Zustände bloßer psychischer Stabilität scharf gegeneinander abzugrenzen. Die produktiven, „traumhaft" anmutenden Erregungszustände der Genialen sind ihm wesentlich Konzentrationszustände. Auf Grund ihres Auftretens allein darf ein Individuum noch nicht für geisteskrank oder hochgradig psychopathisch erklärt werden, so viele Dichter auch sicher Psychopathen waren. Es fragt sich eben vor allem, wie viele unproduktive Menschen es auch sind, so daß wir im



genaueren nicht zu sagen vermögen, wie weit Psychopathie Bedingung bedeutender Dichterschaft oder sonstiger geistiger Produktivität ist.

(*Autoreferat.*)

Jentsch's (225) Studie über das musikalische Gefühl beschäftigt sich in den ersten zwei Kapiteln mit psychologischen Fragen, um dann im dritten Abschnitt auf die Wirkungen der akustischen und rhythmischen Reize überzugehen. In den vier letzten Kapiteln werden nacheinander das musikalische Empfinden und Genießen, das pathologische musikalische Fühlen und zum Schlusse die musikalische Anlage besprochen. Es kann an dieser Stelle auf die Einzelheiten des anregend geschriebenen Buches nicht eingegangen werden.

Jones' (227) „Psychopathologie des Alltagslebens" lehnt sich aufs engste an das Freudsche gleichnamige Buch an. Es bestätigt die Erfahrungen des Wiener Forschers in vollem Umfange. Der objektiven Kritik halten freilich die Erörterungen nicht immer Stand.

Gaedecken (161) prüfte die psychophysiologische Bedeutung der atmosphärischen Verhältnisse zunächst in der Frage des Selbstmordes. Aus einem Vergleich einer argentinischen mit dänisch-norwegischen Statistiken glaubt er, mit Sicherheit feststellen zu können, daß der Einfluß der chemisch wirksamen Lichtstrahlen auf den Organismus nach dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens imstande ist, in zwangloser Weise die charakteristische Jahreskurve der Selbstmorde zu erklären. Auch ein Vergleich der Konzeptionstermine in den verschiedensten Breiten (von Grönland bis Australien) lehrt, daß fast gesetzmäßig sich in den Frühjahrsmonaten ein Maximum findet. Von der steigenden Temperatur kann nach Gaedecken diese Erscheinung nicht abhängen, wohl aber von den Lichtwirkungen. Die engen Beziehungen zwischen Sittlichkeitsverbrechen und Jahreszeit stehen fest, wenn auch andere Faktoren dabei mitspielen, wie beispielsweise der Alkohol, dem allerdings nach Gaedeckens Meinung die deutschen Autoren zuviel Verantwortung aufbürden. Am Schlusse der Arbeit bespricht Gaedecken die verschiedenen Faktoren, von denen dieser nachgewiesene Einfluß ausgeübt werden könnte (Licht — optisch, elektrisch). Er neigt der Auffassung zu, daß sowohl optische als auch mechanische Wirkungen maßgebend sind.

Rehm (374) stellt zunächst fest, daß unzweifelhaft Klima, Jahreszeit und metereologische Verhältnisse eine Rolle im Seelenleben des Menschen spielen. Er schildert dann die verschiedenen periodischen oder mit äußeren periodischen Einflüssen zusammenhängenden Erscheinungen des körperlichen und geistigen Zustandes beim gesunden und kranken Menschen (Menstruation, Schlaf und Wachen, Kriminalität, Selbstmorde, Epilepsie und das manisch-depressive Irresein).

Sichel's (430) Ausführungen geben einen kurzen Überblick über die modernen Anschauungen vom Selbstmord und schildern an der Hand eigener Beobachtungen die Beziehungen zwischen den Geistesstörungen und der Selbstvernichtung. Sichel hat seine Untersuchung ausgedehnt auf die Angehörigen von Selbstmördern. Er konnte feststellen, daß bei $^2/_3$ aller mit Selbstmord belasteten weiblichen Kranken Selbstmordneigung auftrat. Die psychische Infektion spielt dabei eine große Rolle.

Kohnstamm (261) meint, das Gefühl der Gewißheit, welche die Bewußtseinslage des freien Wollens bei allen Menschen begleitet, werde bei den Erörterungen über die Freiheit des Willens zu wenig beachtet. Unbeschadet seiner deterministischen Denkweise will er den Begriff der subjektiven Freiheit mehr betont wissen. Seiner Auffassung nach ist die



in der Großhirnrinde verwirklichte Nebeneinanderordnung verschiedenartiger Sinnesrepräsentanten oder Vorstellungen die Vorbedingung für die Freiheit des Wählens und die Willkürlichkeit des Handelns. Das Willensmoment selbst aber ist der Vorgang, in welchem wir uns als Subjekt bewußter Zielstrebigkeit empfinden.

Lobedank (290) hofft, durch seinen Beitrag eine Verständigung zwischen Determinismus und Indeterminismus anbahnen zu können. Er bespricht zunächst die verschiedenen Lösungsversuche der Frage nach Leib und Seele, versucht eine neue Lösung zu geben und gelangt dann zum Problem der Willensfreiheit, das er in der gewöhnlichen deterministischen Weise löst. Er betont dann, daß der Determinismus eine brauchbare Grundlage für die strafrechtliche Verantwortlichkeit bildet, schildert die Bedeutung der Strafe als Erziehungsmittel und betont ihre Notwendigkeit. Gegen die Todesstrafe hat er nichts einzuwenden.

Der Aufsatz von **Messer** (305) enthält eine wohlbegründete Polemik gegen die Auffassung Mittermaiers über den Schuldcharakter der Fahrlässigkeit. Mittermaier weist überzeugend nach, daß bei unbewußter Fahrlässigkeit von „Schuld" keine Rede sein könne. Trotzdem empfiehlt es sich, eine solche Handlung nicht ungestraft zu lassen, wobei die Strafe aber nicht als „Vergeltung", sondern als ein Denkzettel angesehen werden soll, der den Täter für die Zukunft zu größerer Achtsamkeit veranlaßt. Der Versuch Mittermaiers, am Schuldbegriff festzuhalten, ist nur eine Konzession an den in den Köpfen der Juristen immer noch spukenden Indeterminismus.

Vandendonck (473) veröffentlicht ein forensisches Gutachten über Kinderaussagen, das er in einem Strafprozeß vor belgischen Geschworenen erstattete. Es handelte sich um Mord und wahrscheinlich auch Notzucht an einem 9jährigen Mädchen, wo sich die Anklage gegen einen, der Schilderung des Verfassers nach Unschuldigen richtete, einzig und allein gestützt auf die Aussagen der Spielgefährtinnen des ermordeten Mädchens.

Altschul (16) weist darauf hin, daß die fraglos herrschende Verwirrung in der Ermüdungsfrage darin begründet ist, daß man meist von der irrigen Anschauung ausgeht, daß jede Ermüdung schon an sich eine Schädigung bedeutet. Man übersieht dabei, daß sich körperliche und geistige Ermüdung wieder vollständig ausgleichen kann und sich — von wiederholten körperlichen, bzw. geistigen Übertreibungen abgesehen — auch tatsächlich ausgleicht.

Tätigkeit, Maximum der Leistungsfähigkeit und die Ermüdung sind Summanden der Übung, wenn auch natürlich von verschiedener Größe und Intensität; erst die Übermüdung und die Erschöpfung sind nicht mehr positiv, sie sind gesundheitsschädlich; aber durch die Rückkehr zur Ruhe sind all diese Phasen nach kürzerer oder längerer Zeit von neuem auslösbar.

Die quantitative Leistungsfähigkeit ist durch einen qualitativen Faktor, der bei den verschiedenen Menschen verschieden ist, in hohem Grade beeinflußt: der Ermüdbarkeit. Dabei darf nicht übersehen werden, daß sich bei einem Individuum Arbeitslust, bzw. Unlust nicht auf alle Arbeitsqualitäten beziehen muß, daß vielmehr Anlage und Übung eine Arbeitsqualität als leicht ausführbar und nicht so leicht ermüdend gestalten kann, während bei einer andern Arbeit bei demselben Individuum sich Unlust und Ermüdung sehr leicht und sehr bald einzustellen vermag: was für den einen lustbetontes Vergnügen ist, ist für den andern ermüdende und Unlust erzeugende Arbeit.

Die größere oder geringere (individuelle) Ermüdbarkeit ist aber nicht nur ausschließlich von Anlage und Übung bestimmt, es tritt vielmehr noch



eine große Reihe wechselnder Momente hinzu, welche fördernd oder hemmend einzuwirken vermögen, so körperliches Befinden, Stimmung und ganz besonders das Interesse, das man an der Arbeit nimmt; ferner oft genug Äußerlichkeiten, wie der Arbeitsraum, Sonnenschein oder düsteres Wetter, Temperatur- und Luftverhältnisse, das „Milieu" usw., und bei dem Unterrichte in der Schule kommt noch die Persönlichkeit des Lehrers als ein durchaus nicht gering zu achtender Faktor hinzu.

Der Verf. wendet sich sodann den Ermüdungsmessungen zu, die er in ihrer historischen Entwicklung sehr ausführlich abhandelt und kritisch beleuchtet.

Er teilt die Ermüdungsmessungen in: 1. psychologische, 2. physiologische und 3. biologische. Besonders eingehend wird die Ästhesiometrie (und deren Literatur) besprochen und über eigene, ziemlich umfangreiche Experimente an Erwachsenen (auch an seiner eigenen Person von einem andern) und an Schulkindern (mit Griesbachs Ästhesiometer) berichtet; die entsprechenden Protokolle sind in extenso beigefügt. Altschul gelangt zu dem Schlusse, daß es namentlich bei Schülerexperimenten eine Menge von fast unübersehbaren Fehlerquellen gibt, die das Endergebnis beeinflussen bzw. fälschen können.

Wenn er auch die ästhesiometrische Methode nicht für völlig abgetan hält, so muß doch gesagt werden, daß das Musterinstrument und die Idealmethode bisher noch nicht gefunden sind, und selbst wenn sie einst gefunden werden sollten, so wird man sie bei Kindern gar nicht oder nur mit der allergrößten Vorsicht in Anwendung bringen dürfen; nur an besonders eingeübten, sonst auch unbedingt verläßlichen und nicht leicht suggestiblen Erwachsenen wird man die Asthesiometrie vielleicht ausgestalten können, — bisher ist dies aber noch nicht gelungen. Auch die optischen (Baur und Bishop Harmann) sowie weniger bekannte physiologische Methoden werden erläutert, und bei der Darlegung der biologischen Methoden wird die Weichardtsche Kenotoxinlehre und die auf Grund derselben ausgeführten Schülerexperimente des Lehrers Friedrich Lorentz eingehend erörtert.

Altschul kann aber, trotzdem die Weichardtsche Lehre zweifellos auf reeller wissenschaftlicher Grundlage aufgebaut ist, ihr, ehe sie nicht von zahlreichen sachverständigen Forschern nachgeprüft und bestätigt wird, noch nicht volle Beweiskraft zugestehen; — in allen bisherigen Methoden besitzen wir noch kein wirkliches Maß der Ermüdung.

Die Ermüdung ist die natürliche Reaktion auf eine intensive Arbeit, sie ist also gar nichts Abnormes, noch viel weniger etwas Krankhaftes; erst die leichte Ermüdbarkeit ist etwas Pathologisches, sie bedarf einer zweckentsprechenden Berücksichtigung im Berufsleben, wie im Schulleben. Für das Studium im engeren Sinne sollte ein Befähigungsnachweis gefordert werden, es sollte eine Auswahl getroffen werden können; eine Art Assentierung, auch nach der Seite der psychischen Tauglichkeit, sollte stattfinden, dann wäre die Klage über Überbürdung nur sehr selten zu hören.

Die Schule bringt mancherlei „Gefahren". Unser Bestreben muß es sein, die Jugend derartig widerstandskräftig zu machen, daß sie diesen Gefahren trotzen kann und sie überwinden lernt. Wir sollen ihr nicht jeden Stein aus dem Wege räumen; das Leben verlangt Mut und Kraft. Nicht Mindestforderungen dürfen als Erziehungsprinzip hingestellt werden: größtmöglichste Anspannung der Kräfte und Erstarkung derselben durch zweckmäßige Übung, das muß auch in der Schule die Devise unserer Zeit werden. Mag dann auf die anstrengende Arbeit Ermüdung

folgen, wenn sie durch Erholung wieder ausgeglichen wird, bleibt doch zumeist noch ein Gewinn an Kraft übrig.

Ein gesunder Körper und ein gesunder Geist kann arbeiten und soll arbeiten! (*Autoreferat.*)

II. Sinnesorgane.

Voigt's (476) Versuche müssen im Original nachgelesen werden. Eine deutliche Gesetzmäßigkeit des Einflusses der Adaptation auf die Beurteilung der Temperaturen ließ sich nicht feststellen. Doch hält Voigt eine Erzielung besserer Resultate für wohl möglich, wenn eine Vorbesserung der Versuchsanordnung erreicht wird.

Kiesow (252) hat die Versuche von Weber und Szabadföldi, nach welchen einer Hautstelle aufliegende Gegenstände von gleicher Größe nicht gleich schwer empfunden werden, wenn ihre Temperaturen gewisse Unterschiede aufweisen, einer experimentellen Nachprüfung unterzogen. Auf Grund einer kritischen Besprechung der früheren Arbeiten und seiner eigenen Versuche gelangt Kiesow zu folgender Auffassung: Den Behauptungen Webers kommt volle Gültigkeit zu. Wie sind sie aber zu erklären? Nach Kiesow wirkt der äußere Reiz (hier die Druck- bzw. Kälteapplikation) nicht als unmittelbare Ursache der Nervenerregung, sondern nur auslösend, indem er eine Deformation erzeugt, die den lokalen Gewebsdruck verändert. Diese Veränderung ruft die Erregung der Tastorgane hervor. Sie ist mithin eine Funktion des Druckgefälles und wahrscheinlich auch der Konzentrationsänderungen der Zellflüssigkeit, im letzten Grunde also ein chemischer Vorgang. Auch der Kältereiz erzeugt solche Veränderungen, die durch die eintretende Kontraktion in den elastischen Elementen der Haut unzweifelhaft bewiesen sind. Außer der Hauptwirkung des Druckgefälles auf die Tastorgane kann die Kontraktion der einzelnen Gewebsteile (vgl. Gänsehaut) als Nebenempfindung für die Beurteilung wirksam sein. Auf die weiteren Ausführungen der anregenden Arbeit kann hier nicht eingegangen werden.

Ponzo (354) hat einen Apparat zur Bestimmung der beim Lokalisieren von Hautempfindungen begangenen Fehler angegeben (Dermolokalimeter). Soweit die Beschreibung Rückschlüsse auf praktische Brauchbarkeit erlaubt, scheint der Apparat einem längst empfundenen Bedürfnis zu entsprechen. Seine Anwendung wird unter Umständen lehren können, ob den Lokalisationsfehlern Bedeutung für die Differentialdiagnose psychogener und organischer Sensibilitätsstörungen zukommt.

Der Apparat wird von Zimmermann in Leipzig hergestellt.

Schubotz (418) hat im Anschluß an die Untersuchungen Hillebrandts neue Versuche über den Sehraum angestellt. Er fand dabei eine grundsätzliche Übereinstimmung des binokulären mit dem monokulären Sehen in bezug auf die Krümmungsverhältnisse des Sehraums. Die beobachtete Krümmung betrachtet Schubotz als eine ursprüngliche Eigenschaft unseres Sehraums, die nicht erklärt, sondern nur festgestellt werden kann. Weitere Versuche über den Vergleich des monokulären mit dem binokulären Sehen ergaben folgendes: Wenn einzelne Objekte im Gesichtsfelde dauernd nur dem einen Auge dargeboten werden, während andere Gegenstände zugleich binokular sichtbar sind, scheint sich die räumliche Anordnung so zu gestalten, als ob das nur von einem Auge gesehene zugleich dem andern Auge mitgeboten wurde. Hiernach erklärt es sich leicht, daß bei den Vergleichen der lateralen Distanzen bei der ersten Art der Darbietung bei dauernder Vergleichung der beiden Gesichtsfelder sich kein Unterschied zeigte.

Schaefer (407) gibt einen kurzen lehrreichen Überblick über den Stand der modernen sinnespsychologichen Untersuchungstechnik.

Sternberg (453) lehnt die bisherigen wissenschaftlichen Forschungen über das Appetitproblem (Pawlow, Bickel, Krehl usw.) völlig ab. Er glaubt, bewiesen zu haben, daß die Anziehung des Appetits nicht als chemische Kraft, sondern als rein mechanisch-physikalische anzusehen ist: „Appetit ist Bewegung." Durch historische und etymologische Erörterungen versucht Sternberg, seine Behauptung zu stützen.

Zwaenepoel (511, 512) schildert die Ergebnisse seiner sorgfältigen Untersuchungen über Muskelfunktion und Bewegungsphysiologie, die speziell die Lokomotion des Pferdes betreffen und sowohl theoretisch als praktisch bedeutungsvoll sind.

Um dasjenige kleinste Zeitintervall festzustellen, welches genügt, um zwei aufeinanderfolgende Reize getrennt wahrzunehmen, stellte **Aggazzotti** (10) an einer Anzahl von Versuchspersonen verschiedene Versuchsreihen an. Er fand, daß das kleinste Zeitintervall bei zwei verschiedenartigen Reizen größer ist, als bei zwei gleichgearteten. (*Audenino.*)

III. Psychologie der Lebensalter und der Geschlechter; Tierpsychologie.

Die Vorlesungen von **Groos** (177) über das Seelenleben des Kindes sind in dritter Auflage erschienen. Für den, der dieses Buch noch nicht kennt, möchte ich darauf hinweisen, daß sein Inhalt sich durch Sachlichkeit und kritische Verwertung reicher Erfahrungen auszeichnet. Oft greifen die Erörterungen weit aus, umfassen allgemein-psychologische Fragen und geben dem Verfasser Gelegenheit, zur Besprechung fremder und zur Aufstellung eigener Gesichtspunkte (vgl. beisp. Abschnitt IX, das Humesche Problem). Als neu ist dieser Auflage hinzugefügt ein letzter Abschnitt über „Gefühle und Gemütsbewegungen".

Peterson und **Rainey** (346) haben im Lying-in-Hospital zu New York an 1060 Neugeborenen im Laufe des ersten Lebensjahres Beobachtungen über die psychische Entwicklung angestellt. Ihre mannigfaltigen Versuche wurden dadurch erschwert, daß die Kinder im allgemeinen 20 von 24 Stunden schliefen. Die Ergebnisse lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: bei rechtzeitig und auch zu früh Geborenen läßt sich sofort nach der Geburt fast ausnahmslos eine Reaktion auf Licht und Hörreize feststellen. Unmittelbar nach der Geburt reagieren die Kinder deutlich auf die 4 verschiedenen Geschmacksreize. Ebenso verhält sich auch der Geruchsnerv. Sowohl bei Normalen als auch bei frühgeborenen Kindern läßt sich eine Reaktion auf Berührungen und Temperaturempfindungen feststellen. Auch Hunger, Durst und andere Organempfindungen erwachen am ersten Lebenstage. Schon mit den frühesten Reizantworten ist ein gewisser Gefühlston verknüpft; wir können uns den Vorgang folgendermaßen vorstellen: Reiz, Reaktion, Lust und Verstärkung; Reiz, Reaktion, Unbehagen oder Schmerz und Hemmung. In der Art der Entwicklung farbiger und weißer Kinder ließ sich kein Unterschied feststellen.

Cruchet (97) schildert die psychische Entwicklung des Kindesalters von 3 zu 3 Monaten fortschreitend in kurzen Zügen. Am Schluß gibt er eine übersichtliche chronologische Tabelle des Erwerbs der einzelnen Fähigkeiten bis zum zweiten Jahre.

Auch **von Pestalozza** (344) gibt einen kurzen allgemeinverständlich gefaßten Überblick über das Erwachen der kindlichen Psyche.



Aus dem Jahre 1910 stammt „Die Psychologie der Frau“ von **Heymanns** (196). Sie verdient an dieser Stelle eine, wenn auch kurze Erwähnung. Da sie die Frage in überaus sachlicher und kritischer Weise auf Grund eines großen, durch Enqueten gewonnenen Materials beleuchtet. Im Gegensatz zu zahlreichen anderen modernen Forschern (J. S. Mill) hält Heymanns die Verschiedenheit der Geschlechter nicht etwa für ein Ergebnis der kulturellen Entwicklung unter sozialen Bedingungen — „Sex lies deeper than culture“ — sagt er mit Maudsley. Emotionalität und Aktivität sind die zwei weiblichen Grundeigenschaften, die für die Verwendung des Weibes im sozialen Leben ausschlaggebend sein müssen.

Kohl (258) gibt einen Überblick über die Psychologie des Entwicklungsalters. Die Pubertät beginnt nach ihm in unseren Breiten beim Knaben zwischen dem 15. und 16., beim Mädchen zwischen dem 14. und 15. Lebensjahre. Die großen Unterschiede sind durch Klima, erbliche Anlage, Rasse, soziale Stellung, Lebensweise usw., bedingt. Man hat zwischen psychischer und körperlicher Reife zu unterscheiden. Als obere Grenze des Pubertätsalters betrachtet Kohl mit Schmidkunz etwa das 24. Lebensjahr. Die „Flegeljahre“ des Knaben sind durch starkes Selbstgefühl, Prahlerei, Grausamkeit gegen Schwächere, daneben aber Stimmungsschwankungen vom Übermut bis zur Depression gekennzeichnet. Das ungeschickte Wesen entspricht dem inneren Mangel an Ausgeglichenheit, ebenso die Zerfahrenheit, das Grimmassieren und die Nachlässigkeit im Äußern. Das „Backfischalter“ wird im allgemeinen vom Mädchen rascher überwunden. Es zeigt ähnliche Züge, wie die oben geschilderten, unterscheidet sich aber durch frühere geistige Reife, Koketterie und Neigung zu Phantasie. Diesen physiologischen Merkmalen stehen die pathologischen Zustände des Pubertätsalters gegenüber, die von Hecker „gewissermaßen als ein ins Krankhafte verzerrter und vergrößerter Rückfall in die Backfisch- und Flegeljahre“ bezeichnet werden.

Kohls Betrachtungen stützen sich neben eigenen Beobachtungen namentlich auf Schilderungen aus der schönen Literatur (Freund Hein, Niels Lyhne u. a.).

In vier Vorträgen bespricht **Doernberger** (108), Schularzt in München, den Einfluß körperlicher Zustände auf die Lernfähigkeit. Wichtig ist vor allem die Frage der Schulreife; ein Aufschub ist unbedingt notwendig bei Rekonvaleszenten, Untergewichtigen und Blutarmen. Doernberger erkennt die engen Beziehungen zwischen der körperlichen Entwicklung und den Schulleistungen an. Auch der von Bayertal vorgeschlagene Schädelumfangindex läßt sich mit einiger Vorsicht verwerten. Es folgt eine Besprechung der wichtigsten Erkrankungen des Schulalters, wobei der Tuberkulose besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Die Anstellung der Pirquetschen Reaktion wird empfohlen. Am Schlusse betont Doernberger die Bedeutung der Zusammenarbeit von Lehrer und Arzt. Er verlangt eine genaue statistische Feststellung der wichtigsten Fragen auf diesem Gebiet, nicht nur für einzelne Städte und Staaten, sondern für das ganze Deutsche Reich.

Major (300) erhebt schwere Beschuldigungen gegen die heutige Schule: Sie diene nicht der Erziehung, sondern nur dem Lernen. Die Zunahme der Nervosität drängt zu ihrer Berücksichtigung auch in der Schule, aber der Lehrer kann und darf die anormalen Kinder weder erkennen noch berücksichtigen. An einigen selbst beobachteten Beispielen zeigt Major, daß eine auf Grund richtiger Diagnose eingeleitete Behandlung auch in anscheinend verlorenen Fällen von gutem Erfolge sein kann. Ich hebe



hervor, daß Major die Kinder einer eingehenden psychologischen Prüfung unterwirft, wobei er sich neben andern Methoden auch des Assoziationsexperiments bedient. Am Schlusse seines Aufsatzes gibt Major eine Reihe beachtenswerter Ratschläge für die Erziehung abnormer Kinder.

van Gennep (166) schildert die ersten Zeichenversuche seiner 5jährigen Tochter, die ihm einige Aufschlüsse über den Charakter der prähistorischen Zeichnungen zu geben schienen. Das Kind und der Mensch der Vorzeit bevorzugen in gleicher Weise die figürliche Darstellung, während die geometrische und die alphabetiforme völlig zurücktritt. Diese Erfahrungen sollten im Unterricht Berücksichtigung finden, wo leider stets mit den Buchstabenzeichen begonnen wird.

Degand (100) hat Beobachtungen an einem 4jährigen tauben Knaben gemacht. Sie berichtet zuerst über die Entwicklung des Zeitsinns, dann über die Art und Weise, wie der Knabe sich seines Mangels bewußt wurde, und schließlich über die Sprachentwicklung.

Laqueur (275) bespricht an der Hand eines praktischen Falles die Schädlichkeit des Besuches der Kinematographenvorstellungen für Kinder. Ein zwölfjähriger Volksschüler hatte glaubhaft angegeben, zu einem Diebstahl durch Vorstellungen verleitet worden zu sein, den der Kinobesuch in ihm wachgerufen hatte. Laqueur weist auf die Ausführungen Hellwigs hin, die er zitiert, und denen man voll und ganz zustimmen muß. Es gilt, wie Laqueur sagt, nicht einen Kampf gegen die Kinematographentheater an sich, sondern nur eine Reinigung dieser Institute von überflüssigen und schädlichen Zutaten.

Rutz (394) unterscheidet 3 Rassentypen in Sprache und Musik, erstens den italienischen — rasches Tempo, geringe Gegensätze in der Lautheit, rhythmischer Fluß; zweitens deutscher Typus, dem ersten ähnlich, neigt nur zu langsamerem Tempo; der dritte Typus ist wie der deutsche durch langsameres Tempo gekennzeichnet, verfügt dagegen über ungleichmäßige Rhythmen und wenig ausgeprägte Gliederung (französischer Typus). Jedem Typus gehört eine kalte und warme Unterart an, ferner eine leicht und schwer bewegliche Art des Gemütslebens; auch kann man lyrisches und dramatisches Fühlen unterscheiden. In ähnlicher Weise läßt sich auch die Körperhaltung als Ausdrucksmittel des Rassencharakters betrachten.

Schwanhäusser (420) gibt eine Schilderung der psychischen Eigenschaften des ostafrikanischen, im Kilimandscharogebiet ansässigen Stammes der Dschagganeger. Da der Inhalt ausschließlich auf litterarischen Studien beruht, bedarf er keiner Wiedergabe.

Edinger (125) fast seine jahrzehntelangen Erfahrungen über die Beziehungen zwischen Hirnentwicklung und psychischer Funktion in folgenden Worten zusammen: „Das Paläenzephalon leistet Rezeptionen und Motus oft schon recht komplizierter Art. Über diese schaltet sich, mit dem Wachsen der Hirnrinde immer mehr zunehmend, die Fähigkeit zu Gnosien und Praxien. Diese gehen auf die Sinnesfelder der Rinde zurück, einen Apparat, dem man die Fähigkeit zusprechen muß, die aus dem Paläenzephalon kommenden Rezeptionen mit zahlreichen anderen dadurch zusammen zu ordnen, daß er sie zurückzuhalten und auch wieder zu reproduzieren vermag, wenn gleiche oder nur verwandte Rezeptionen ihn anregen. Diese Gnosien führen zu Praxien, Handlungen. Einzelne Teile der Rinde sind mehr mit den Endapparaten der sensiblen, andere mehr mit denjenigen motorischer Apparate verknüpft. Aber wir haben nicht das Recht, die Hirnrinde deshalb da sensibel oder motorisch zu nennen, müssen uns vielmehr vor Augen halten, daß es sich so gut wie immer um das Arbeiten eines größeren Teiles des



in sich geschlossenen Apparates handelt. Zu diesen gesellen sich andere, im Stirnlappen besonders reich vertretene Rindenfelder, und mit ihrem Auftreten zeigt sich erst deutlich neben Gnosien und Praxien der Intellektus. Er nimmt zu, wenn mit dem Einsetzen der Sprachzentren und der von ihm abhängigen Ausbildung des Stirnlappens die Fähigkeit zu andersartigem Denken und zum Mitteilen des Gedachten und Erkannten gegeben wird. Die Bewegungen, die das Urhirn auf Reize hin leistet, die Handlungen, die von den Sinneszentren auf die Warnehmung hin erfolgen, sind bei Mensch und Tier gleich; ja das Tier ist für beide gelegentlich dem Menschen weit überlegen. Nur eins entwickelt sich beim Menschen ganz enorm viel weiter als beim Tier, die Assoziationszentren. Besonders der Stirnlappen und damit die hohe, ein Bewußtsein voraussetzende Intelligenz. . . . . Die vergleichende Anatomie wird hier zu einer Pfadfinderin der Psychologie, und sie stützt und erklärt deren Beobachtungen da, wo bisher Unsicherheit herrschte. Sie zeigt, daß das, was wir vom seelischen Verhalten erkennen, ein Additionsbild ist, hergestellt von den Leistungen ganz verschiedenwertiger Hirnteile, und gibt so einen neuen Weg zur Analyse der komplizierten seelischen Erscheinungen."

In einer Arbeit über Verständigungsmittel bei den Tieren weist **Sokolowsky** (436) auf einige Beispiele hin, so auf das Schwanzwedeln der Giraffe, die Warnungsbewegungen (häufig kombiniert mit Warnungssignalen) bei Gazellen und schließlich auf eine eigenartige Freundschaftsversicherung bei Affen, die den Genossen den Hintern zuwenden, um sie gewissermaßen zu geschlechtlichen Genüssen aufzufordern. Die Anfänge der menschlichen Lautsprache sind in den Paarungs-, Lock-, Droh- u. a. Lauten der Tiere zu suchen; ebenso ist die Finger- und Gebärdensprache des Menschen, die bei primitiven Völkern eine besondere Verbreitung zeigt, von der obenerwähnten „Verständigung durch Bewegungen" bei Tieren abzuleiten.

Die geradlinige Entstehung des Menschen aus affenartigen Vorfahren wird nach **Sokolowsky** (437) durch morpho-biologische Beobachtungen an Anthropomorphen nicht bestätigt. Diese erweisen sich als vorzüglich dem Baumleben angepaßte Organismen; die Ausbildung der Gliedmaßen als Kletterorgane, der Greiffuß, die starke Entwicklung der in Betracht kommenden Muskulatur und des schützenden Haarkleides. Alle diese Anpassungen erscheinen als Naturschutzvorrichtungen, um sich im Kampfe um die Existenz am Leben erhalten zu können. Dem Menschen fehlen weitaus die meisten dieser Eigenschaften und damit auch der Naturschutz; an seine Stelle tritt der Kulturschutz, d. h. der Erwerb der Kultur. Dieser ist auf die hohe Ausbildung des Gehirnes zurückzuführen, welche wiederum im Genossenschaftsleben der menschlichen Vorfahren ihre Ursache hat.

Vom Standpunkt der meisten Forscher, auf dem auch **Dahl** (98) steht, daß die Erfahrung die einzige Quelle der Wissenschaft bleiben muß, entfernen sich andere Biologen; unter diesen nennt Verf. E. Wasmann, der als zweite Quelle die unmittelbare göttliche Eingebung annimmt und sich dadurch in seiner Anschauung von einer Sonderstellung des Menschen in der Welt der Organismen in unlösbare Wiedersprüche verwickelt. Ferner werden Verworns monistische Anschauungen einer Kritik unterworfen und die von ihm geleugnete Möglichkeit einer Unterscheidung von Ursachen und Bedingungen eines Vorgangs nachgewiesen. Die weiteren Ausführungen sind einer Auseinandersetzung mit den Zieglerschen Anschauungen vom Instinkt gewidmet. Bewußtseinsvorgänge bei Tieren sind der Forschung zugänglich. Verf. hat bei Spinnen psychische Vorgänge experimentell sicher



nachgewiesen; wir sind zu Analogieschlüssen nicht nur in der Morphologie von Tier auf Mensch, sondern auch vom Menschen auf das Tier bei der Untersuchung von Bewußtseinsvorgängen berechtigt. Die ererbten Nervenbahnen zwischen Reizstelle und Muskel, die die instinktive Handlung bewirken, genügen nicht zur Erklärung, denn sie müssen die gleichen sein, auch bei verschiedenem Verhalten des Tieres, wir sind also gezwungen, die Einschaltung eines Bewußtseinvorganges, eines Gefühls (z. B. des Angenehmen bzw. des Unangenehmen) anzunehmen. Diese Gefühle selbst hält der Verf. für die Instinkte, welche somit als auf uns aus unserm eigenen Bewußtsein bekannte Tatsachen zurückgeführt gelten können. Die Zieglerschen Hauptunterscheidungsmerkmale instinktiver Handlungen sind unzureichend. Der Zurückführung der Instinkthandlungen auf Gefühle hat man folgendes entgegengehalten: die Bewußtseinsvorgänge könnten, weil sie keine Form der Energie seien, auch nicht energetisch wirken; hierbei ist die Möglichkeit einer passiven anenergetischen Einwirkung übersehen worden. Ebenso ist die Angersbachsche Behauptung, die Dahlsche Erklärung stehe mit dem Beharrungsprinzip in Widerspruch, nicht stichhaltig. Mit einem Hinweis auf die Unhaltbarkeit eines konsequenten Materialismus oder Monismus schließt der Aufsatz.

Zum Gegenstand seines Vortrags hat **Greppin** (176) drei individuell erworbene geistige Fähigkeiten der höheren Wirbeltiere (Vögel und Säugetiere) gemacht: 1. Das individuell erworbene Aufmerksamkeits- und Unterscheidungsvermögen oder das auf sinnlicher Wahrnehmung beruhende, individuell erworbene Assoziationsvermögen. An freilebenden Vögeln und Säugetieren und an Haustieren wurde konstatiert, „daß sich die auf Grund dieses Assoziationsvermögens entstehenden Bewegungen . . . in keiner Weise von den angeborenen, unter den gleichen Umständen sich immer gleich wiederholenden Annäherungs-, Abwehr- und Fluchtbewegungen unterscheiden“. Die Tatsache rascher Automatisierung dieser Bewegungen und ihre Auffassung (wenigstens in manchen Fällen!) als Atavismen sind weitere Resultate dieser Betrachtungen. 2. Das individuell erworbene Selbstbeobachtungs- oder Introspektionsvermögen oder die Fähigkeit, Begriffe zu bilden und nach den Ursachen zu forschen, spricht Verf. (in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren) den Tieren vollkommen ab und allein dem Menschen zu. Trotzdem ist der Unterschied zwischen Menschen- und Tierseele nicht unüberbrückbar, da wir 3. die Entstehung des individuell erworbenen Nachahmungsvermögens zu berücksichtigen haben. Wir finden, nachdem wir alle Formen angeborener Nachahmung (Lock-, Zornrufe, Sicherungstrieb usw.) sorgfältig ausgeschlossen haben, dasselbe zum ersten Male bei den Quadrumanen; die a priori bestehende Nachahmungslust wurde unterm Einfluß äußerer Bedingungen in einem Maße verfeinert, daß die Tiere Bewegungen des eigenen Körpers zu beobachten und, je nach den erzielten Wirkungen, sie zu wiederholen begannen, sobald einmal der Nutzen oder Schaden dieser Bewegungen erkannt wurde, war der Anfang des Introspektionsvermögens gegeben: das zum Menschen gewordene Tier unterscheidet sich selbst, im Gegensatz zur Außenwelt. — Zum Schluß kommt der Verf. noch kurz auf die Frage des Bewußtseins zu sprechen. — Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist dem Vortrag beigegeben.

Schneider (416) gibt eine kurze, kritische Besprechung der modernen Theorien („vorgefaßten Meinungen“!!) in der Tierpsychologie; er unterscheidet hierbei 1. die nur physiologische Tropismenlehre Loebs, Verworns und Bohnes; 2. die darwinistische Richtung (das Problem des Zwecks, die Lehre von Versuch und Irrtum), mit Jennings als Vertreter; 3. die



Forelsche, monistische Richtung; 4. die lamarckistische; 5. die historische (Driesch); 6. die biologische (v. Uexküll); 7. die psychologische Richtung, der der Verf. angehört und die er in seinen „Vorlesungen über Tierpsychologie" ausführlich gekennzeichnet hat.

Die experimentellen Untersuchungen, die **Franken**'s (149) Aufsatze zugrunde liegen, in einem Referate erschöpfend wiederzugeben, ist unmöglich; Referent muß sich daher darauf beschränken, kurz den Gang und die Prinzipien der Untersuchung wiederzugeben und dann die Hauptresultate dieser höchst sorgfältigen und vorbildlich genauen Versuche anzuführen. Als Versuchstier diente ein in allen Dingen durchaus normaler männlicher Spitzhund von ca. 3 Jahren; es sollte an ihm konstatiert werden, ob „ein Tier neben einfach motivierten und ohne Überlegung sich vollziehenden Bewegungen (Instinkten) und neben assoziativ andressierten Bewegungen auch solche äußert, bei welchen man Überlegung annehmen muß". I. Versuche mit einer Kordel, an deren Ende ein Lockmittel angebunden ist, das der gefesselte Hund mittels Heranziehen der Kordel erlangen kann. Das Ergebnis war wechselnd: 1. zufällige, 2. instinktive Erreichung des Zieles, schließlich 3. bewußte Reproduktion des instinktiven Verhaltens. — II. Weitere Versuche ergaben, daß die Entfernung des Lockmittels auf das Verhalten des Hundes einen entschiedenen Einfluß ausübt, und zwar in dem Sinne, daß es sich um so aufgeregter und wechselvoller („Probiermethode" des Verf., „Prinzip der Schrotflinte" zur Strassens) gestaltet, je näher das Ziel rückt. Das Verhalten ist im allgemeinen abhängig von drei Faktoren; 1. der Zeit (Dauer der Versuche usw.), 2. der räumlichen Anordnung (Entfernung usw.), 3. der Anregung und Stärke des Affekts. — III. Aus verschiedenen Versuchsanordnungen (Variationen in der Lage der Kordel, des Bissens) das Gemeinsame herauszuerkennen, ist der Hund ohne weiteres imstande; es liegt eine zweckmäßige Anpassung an veränderte Versuchsbedingungen vor, nicht aber eine willkürliche Abstraktion; „wir dürfen annehmen, daß der Hund die Gabe des primitiven sinnlichen Denkens besitzt, wenn auch nur in schwachem Maße". — IV. Die Frage nach dem Verhältnis von unwillkürlicher und willkürlicher Aufmerksamkeit ist dahin zu beantworten, daß im allgemeinen „die unwillkürliche Aufmerksamkeit überwiegt, schließlich aber durch die fortwährende Nötigung (bei der Dressur!) die willkürliche Aufmerksamkeit die unwillkürliche in der Leistung übertreffen kann". In der willkürlichen Aufmerksamkeit besitzt der Hund eine der wichtigsten Vorbedingungen des Denkens. (Versuche mit 3 oder 4 verschieden gefärbten oder verschieden orientierten Kordeln.) — V. Die Entscheidung in der Frage, ob der Hund Intelligenz besäße oder nicht, mußte das Verhalten bei Versuchen liefern, in denen das Versuchstier „zur Erreichung eines Zieles Mittel finden und anwenden sollte, die ihm instinktiv nicht gegeben waren". (Aufgabe: aus einem verdeckten Gefäße eine sichtbare Lockspeise mittels Anfassens eines Griffes mit dem Maul und Aufhebens des Deckels zu entnehmen.) Das Resultat war durchaus negativ: ein selbständiges Erfinden solcher Bewegungen fand nicht statt, und auch zum Erlernen derselben durch Dressur war unverhältnismäßig viel Kraft und Zeit erforderlich (nebenbei bemerkt, auch eine kolossale Geduld des Experimentators!). — Zum Schluß sei aus der „Erklärung der Ergebnisse" folgender Passus wiedergegeben: „Die einfache Antwort auf die Frage: woran liegt es, daß des Hundes instinktives Handeln nur selten durch primitives, sinnliches Denken determiniert wird, lautet also: nicht darum äußert er nur spurenhaftes Denken, weil ihm eine besondere geistige Kraft abgeht, das Denkvermögen oder der Verstand, sondern weil sein blasses und wahrscheinlich auch ein-



geengtes Bewußtsein ihn nicht zu höhern Leistungen befähigt. Die Begabung des Hundes ist von der menschlichen Intelligenz nicht wesentlich, sondern graduell verschieden."

Yung (507) hat Versuche mit der Weinbergschnecke (Helix pomatia) angestellt, um die Frage zu entscheiden, ob diese Tiere Lichtempfindung besitzen, und durch welche Organe sie vermittelt wird. Die Versuche wurden an normalen und an ihrer Augen beraubten Schnecken in großer Zahl angestellt und ergaben, daß diese Tiere weder eine Hautlichtempfindung besitzen, noch durch ihre Augen optische Wahrnehmungen machen können.

IV. Assoziation, Gedächtnis, Aufmerksamkeit.

Ohms (335) hat sich die Aufgabe gestellt, die Assoziationsstärke mittels des Erkennungsvorganges zu untersuchen. Es ist leider nicht möglich, auf die zahlreichen Versuche und ihre Ergebnisse an dieser Stelle einzugehen; der Hinweis möge genügen, daß nach Ansicht des Verfassers seine Methode sich auch zur Untersuchung pathologischer Fälle mit Gedächtnisdefekten, Sprachstörungen usw. eignet.

Ley und **Menzerath** (285) veröffentlichen eine große Reihe klinischer Assoziationsversuche, denen sie als Einleitung eine Besprechung der bisherigen theoretischen Auseinandersetzungen und klinischen Ergebnisse vorausschicken. Sie bedienten sich meist der akustischen Reizgebung, in einzelnen Fällen des Alber-Achschen Kartenwechslers zur optischen Methode. Die Zeiten wurden mit dem Hippschen Chronoskop gemessen. Meist wurden nur kurze Versuche angestellt, mit etwa 10—20 Worten. An den Versuch schloß sich die „Introspektion" in Form der Ausfragemethode an. Auch die Reproduktion wurde geprüft. Das Krankenmaterial setzte sich in folgender Weise zusammen: 11 Fälle von Dementia praecox, 7 Manisch-Depressive, 6 Alkoholisten, 2 Psychastheniker, 3 Hysterische, 2 traumatische Neurotiker, 2 Paranoische, 2 Paralytiker und 1 Schlafkranker. In Anbetracht des klinischen Interesses der Arbeit gebe ich die Schlußfolgerungen der Autoren in extenso wieder.

1. Die Assoziationen kranker Individuen unterscheiden sich von denen gesunder. Berücksichtigt man die Ergebnisse der Introspektion, so geben die einzelnen Krankheitsformen typische Assoziationen. So ist vor allem die Methode wertvoll zur Differentialdiagnose der manisch-depressiven Mischzustände und der Neurasthenie einerseits und der Dementia praecox andererseits. Es gelingt leicht, den Grad der vorhandenen Affektivität zu erkennen und das Vorhandensein bzw. die Natur der Komplexe nachzuweisen. Die Verlängerung der Rea.-Zeit kann durch andere Ursachen als durch Komplexe bedingt sein (Seltenheit oder Schwierigkeit des Reizwortes); auch Irrtümer in der Auffassung von Reizworten brauchen nicht durch Komplexe bedingt zu sein. Die assoziative Hemmung begleitet häufig den affektiven Komplex, sie kann aber auch durch die Schwierigkeit der Verknüpfung des Reizwortes mit dem Komplex bedingt sein. Die Unfähigkeit der Reproduktion einzelner Reaktionen ist häufig ein Komplexmerkmal; sie läßt sich mitunter bei sofortiger Prüfung feststellen. Das Aufdecken der Affekte gelingt bei Manisch-Depressiven leicht, während bei Dementia praecox-Kranken und bei Hysterischen sich erhebliche Widerstände zeigen, die am ehesten durch Introspektion oder durch spontanes Reihenassoziieren beseitigt werden können. Auf diesem Wege lassen sich die Komplexe aufdecken. Für die klinische Untersuchung genügt eine Serie von 100 gut zusammengestellten Reizworten, von denen bei jedem einzelnen Versuch 20 verwendet werden sollen. Ley und Menze-



rath wünschen, daß diese Serie in einheitlicher Form von den verschiedenen Untersuchern benutzt werde.

Im Anschluß hieran möchte ich noch kurz darauf hinweisen, daß sich bei der Dementia praecox häufig das Fehlen der Affektivität nachweisen ließ. Bei der Manie fanden sich viel oberflächliche, auch Klangassoziationen; die Egozentrizität und die Emotivität war gesteigert, die Zeiten waren unregelmäßig. Bei der Hysterie waren die Reaktionen in qualitativer Hinsicht meist normal, die affektiven Reaktionen sehr ausgesprochen. Komplexe fanden sich bei fast allen untersuchten Krankheitsformen; sie lagen auf den verschiedensten Gebieten.

Dauber (99) liefert einen Beitrag zum Problem der bevorzugten Assoziationen. Die Bevorzugungen einer Reaktion steht in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit, mit der Reiz- und Reaktionswort in der Sprache vorkommen. Unter den bevorzugtesten Assoziationen sind mehr wiederholte als unter den bevorzugten, unter diesen mehr als unter den isolierten. Isolierte Assoziationen sind häufiger Klangassoziationen als bevorzugte. Sie werden leichter vergessen als die bevorzugten. Die Reproduktionsleistung ist um so schlechter, je häufiger das Reizwort in der Sprache vorkommt. Einsilbige Reizwörter neigen mehr zur Reaktion mit Klangassoziationen als mehrsilbige. Es besteht eine starke Tendenz, auf sinnlose Reizsilben mit sinnvollen Wörtern zu reagieren. Die Verlängerung der Reaktionszeit sowohl als auch die mangelhafte Reproduktion, die beiden Jungschen Komplexmerkmale, sind zunächst bedingt durch das Phänomen der Bevorzugung: kurze Zeiten und gute Reproduktion sind Merkmale der bevorzugten Assoziationen.

Levy-Suhl (284) hat an der Ziehenschen Klinik Versuche über die Beeinflussung des Vorstellungsverlaufs durch „Zwischenrufe“ angestellt. Er teilt das reaktive Verhalten in folgende Gruppen ein: 1. normal, 2. allgemeine indifferente Hyperprosexie, 3. Gruppe der selektiven Hyperprosexie, 4. hypervigile Reaktion mit Kontamination und Dissoziation. Die Versuche, deren ausführliche Protokolle sich in der Arbeit finden, hatten folgende Ergebnisse: in die erste der oben genannten Gruppen rangierten drei Fälle von Paralyse und ein Fall von Erschöpfungsdelir. In die zweite Gruppe gehörten 10 Fälle von Manie, in die dritte 16 Paranoiafälle. Gruppe 4 umfaßte 3 Paranoia, 4 Dementia praecox und 1 Paralyse. In eine irreguläre Gruppe gehörten 3 Hysterien und 2 Begleitdelirien (postoperative).

Koffka's (256) Habilitationsschrift soll nur einen Teil einer umfassenden psychologischen Arbeit darstellen. Sie stützt sich auf eine besondere Art von Assoziationsversuchen, die vom Verf. im Würzburger psychologischen Laboratorium angestellt wurden. Es sollten keine gebundenen Reproduktionen hervorgerufen werden, sondern es sollte möglichst direkt die Wirkung untersucht werden, die ein Reizwort auf den Vorstellungs- und Gedankenablauf ausübt. Er verlangte von seinen Vp. ein rein passives Anhören des Reizwortes und ein Abwarten, bis sich irgendeine Vorstellung oder auch ein Gedanke anschlösse. Die Ergebnisse der Versuche sind in der vorliegenden Arbeit nur verwertet, die Versuche selbst finden sich in einer vorhergehenden Arbeit des Verf. Auf die Einzelheiten der Schrift kann hier nicht eingegangen werden, ebensowenig wie eine Wiedergabe der Ergebnisse möglich ist.

Huber (205) hat an insgesamt 159 Soldaten Assoziationsversuche angestellt. Als Reizworte wurden die von Reinhold angegebenen 30 Worte benutzt. Nach dem Zuruf jedes einzelnen Wortes wurde die Reaktion von der Vp. niedergeschrieben. Unter den Vp. waren junge und alte Mannschaften von der Infanterie und vom Train vertreten. Es ergaben sich



mancherlei Abweichungen von der Reaktionsweise der von Reinhold untersuchten Schulkinder. So wurden häufiger Verba und Adjektiva genannt, auch fanden sich mehr innere Assoziationen und Definitionen. Zahlreiche Reaktionen waren rein sprachlich-beruflich bedingt, besonders bei den älteren Mannschaften. Mit Recht weist Huber, der übrigens Offizier ist, darauf hin, daß bei der Zusammenstellung eines Assoziationslexikons auf das Milieu und die berufliche Gliederung der Vp. Rücksicht genommen werden muß.

Wells (489) hat den Einfluß der Übung auf die Assoziationsbildung experimentell untersucht. Er stellte sich zu dem Zweck eine Liste von 1000 Reizworten zusammen, die in 20 Serien von je 50 Worten verteilt wurden. Jede von den 6 Vp. machte täglich eine von den 20 Serien; nach Abschluß dieser Versuche wurden die ersten 2 Serien an zwei aufeinanderfolgenden Tagen nochmals vorgenommen. So erhielt Wells ein Material von 6600 einzelnen Reaktionen. Die Zeiten wurden mit der $^1/_5$ Sekunden-Stop-Uhr gemessen. Es ergab sich, daß die Reaktionszeit von $^{15}/_5$ Sekunden (Mittel der ersten Serie) auf $^6/_5$ Sekunden (Mittel der letzten 50 Assoziationen) herunterging. Die Übung machte ferner den Assoziationstypus „flacher" und setzte die affektive Wirkung der Versuche herab.

Franchini (146) hat eine Reihe von Reaktionsversuchen bei Geisteskranken vorgenommen. Es wurden 60 Reize im Laufe von etwa 5 Minuten ausgeübt, die mit der Reaktion graphisch registriert wurden. Bestimmt wurden: Maximum und Minimum der Reaktionszeit, die mittlere Reaktionszeit bei jedem Versuch, die Schwankungsbreite und die Zahl der Fehler. Es erwies sich, daß bei Imbezillen die Reaktionszeit verlängert ist, bei Dementia praecox sehr starke Schwankungen und viele Fehler (faux pas de l'attention) vorkommen. Manisch-depressive Kranke zeigen verlängerte Zeiten und rasche Erschöpfbarkeit, und zwar in manischen und depressiven Phasen gleichartig. Epileptiker in psychisch wenig verändertem Zustande zeigen annähernd normale Zeiten, Involutionspsychosen dagegen die längsten Zeiten und sehr viel Fehler.

Unter „affektiven" Neigungen versteht **Rignano** (381) „Bestrebungen des Organismus, die sich subjektiv beim Menschen als Wünsche oder Gelüste oder Bedürfnisse und objektiv bei Mensch und Tier als völlig ausgeführte oder noch im Entstehen begriffene Bewegungen äußern". Sie alle lassen sich auf das eine Grundbestreben des Organismus zurückführen, einen gewissen, stationären physiologischen Zustand zu wahren oder wiederherzustellen. Hierher gehören nicht nur Hunger, Durst, Streben nach einem „Optimum" der Umgebung usw., sondern wohl auch der Geschlechtstrieb, als ein Bestreben nach Ausscheidung der Keimsubstanz und ihrer hormonischen, auf den Gesamtorganismus wirkenden Zersetzungsprodukte. — Kann aber der frühere stationäre Zustand unter Einfluß der äußeren Bedingungen nicht mehr gewahrt werden, so erfolgt eine „Anpassung", deren Folge ein neuer, stationär werdender Zustand ist; wenn er aber auch nur kurze Zeit bestanden hat, so hinterläßt er dennoch eine spezifische mnemonische Akkumulation, die sich im Bestreben, sich selbst, d. h. jenen Zustand wieder hervorzurufen, äußert. Unter der unmittelbaren somatischen Wirkung („somatische oder reizende Theorie von den affektiven Grundbestrebungen") entstehen die lokalisierten mnemonischen Gehirnakkumulationen, die, infolge der beiden mnemonischen Grundgesetze der allmählichen Unabhängigkeit des Teiles vom Ganzen und des Eintretens des Teiles für das Ganze, einer selbständigen Existenz fähig werden. — Als weiteres Beispiel mnemonischer Natur affektiver Neigungen wird die Mutterliebe und ihre Entstehung betrachtet. — Es können ferner indirekt, durch „Übertragung" oder „Verbindung", Affekte

in großer Zahl aus den auf direktem mnemonischen Wege erworbenen affektiven Neigungen hervorgehen. — Den vom Verf. gezeichneten Zusammenhang zwischen affektivem Streben und den psychischen Grunderscheinungen der „Gemütsbewegungen", des „Willens" und der Zustände der „Lust" und des „Schmerzes" ausführlich zu erörtern, fehlt hier der Raum. — Im letzten Abschnitte zeigt Verfasser den Unterschied zwischen einer Reflexbewegung, die nur einer einzigen Lösung fähig ist, und einer affektiven Neigung oder einem Willensakt, wo die zum Ziel führenden Wege mannigfach sein können, solange noch keine „Wahl" getroffen ist. Die Gravitation der affektiven Neigung nach derjenigen Umgebung oder nach denjenigen Beziehungen zur Umgebung, „die die Wiederbetätigung gewisser, eben diese Neigung bildenden mnemonischen Akkumulationen gestattet", verleiht diesen Beziehungen den Anschein einer „finalen Ursache", während im Grunde auch hier, wie beim gesamten „Finalismus" des Lebens, die mnemonische Akkumulation als „vis a tergo" wirksam ist.

Moravcsik (319) hat zu seinen diagnostischen Assoziationsstudien längere Reizworte und Sätze benutzt, um den Einfluß auf die Assoziation und den etwaigen diagnostischen Wert solcher Reizworte beobachten zu können, die geeignet sind, Affektzustände hervorzurufen, und um zu erfahren, welcher Unterschied zwischen einem einfachen Reizworte und einem Reizsatze, also einem Vorstellungskomplex, bestehen.

Die Untersuchungen ergaben, daß sie in gewissen Fällen ein Reagens pathologischer Zustände sein können, indem die Kranken auf Reizworte und Reizsätze, welche ihrer Grundstimmung entsprechen, in adäquater, auf gegenseitige in disparater Weise reagieren, so bei Melancholie und Manie. Zustände von geistiger Insuffizienz, von Geistesschwäche sind charakterisiert durch echoartige, bejahende, verneinende oder leere Reaktionen. Das Reizwort oder der Reizsatz kann auch imstande sein, verborgene Halluzinationen oder Wahnideen in irgendeiner Form in der Reaktion zum Vorschein zu bringen. (*Bendix.*)

Rignano (382, vgl. 381) bespricht im ersten Teil seiner Arbeit über die Aufmerksamkeit, den affektiven Widerstreit und die Einheit des Bewußtseins. Er macht auf die Bedeutung des mnemonischen Prinzips aufmerksam und zeigt seinen Einfluß auf das Handeln bei Mensch und Tier. Jeder Klassifizierung liegt eine affektive Neigung zugrunde; das Bedürfnis einer Klassifizierung tritt bei der Wahrnehmung von etwas „Neuem" auf. Neugier ist eine der leichtesten Formen des Widerstreits der Neigungen, eine besondere Form der Aufmerksamkeit. Auch die Neugier (wohl besser Wißbegier — Ref.) des Forschers ist eine Form gespannter Aufmerksamkeit, die man als doppelten, im Widerstreit befindlichen Affektivismus definieren kann. Ihr Ursprung ist zentral, die peripheren Erscheinungen dabei nur sekundär. In pathologischen Zuständen kann die Aufmerksamkeit monoaffektiv sein; es fehlt ihnen der Gegenaffekt, der Zweifel, ob nicht ein Irrtum vorliegt. Die Aufmerksamkeit ist eine hinreichende, aber keine notwendige Bedingung des Bewußtseins. Der Eintritt eines Reizes ins Bewußtsein kommt zustande, wenn er eine, irgendwie auf den von ihm dargestellten Gegenstand bezügliche affektive Neigung hervorruft. Auch die nicht ins Bewußtsein gelangten Reize erreichen ihr Zentrum in der Hirnrinde.

Der zweite Teil der Arbeit ist der „Vividität und dem Zusammenhang" gewidmet. Die Vividität einer Empfindung ist abhängig von einer Zu- oder Abnahme des tätigen Quantums an spezifisch nervöser Energie, den diese Empfindung oder Erinnerung gebildet hat. Die größere Vividität kann auch als Folge einer größeren Anzahl gleichzeitiger Hervorrufungen



angesehen werden, die auf verschiedenen Bahnen geschehen. Man soll Semons Ausdruck Gedächtnis„spur“ durch „spezifische Akkumulation“ ersetzen, dann wird die Steigerung der Vividität sofort verständlich. Der Zusammenhang unseres Denkens darf keinem Hemmungsvorgang zugeschrieben werden. Er kommt vielmehr durch das Unterbleiben einer Menge affektiver Neigungen zustande, die durch den herrschenden Affekt in den Hintergrund gedrängt werden. Dieser negativen Tätigkeit der Ausschließung steht die positive der affektiven Auswahl und der direkten Hervorrufung zur Seite. Für die Wiederhervorrufung einer Sinneserregung ist das ihr bei der ersten Aufnahme zugewandte Interesse von größter Bedeutung, das eben im Sinne des Verf. eine Anhäufung spezifischer Energie bedeutet.

Moede's (314) Dissertation gibt einen lehrreichen und umfassenden kritischen Überblick über das Gedächtnisproblem und die ihm verwandten Begriffe (Wahrnehmung, Erinnerung, Assoziation).

V. Psychologie komplexer normaler und pathologischer Vorgänge.

Titchener (460) hat eine größere Zahl psychologisch gebildeter Versuchspersonen über das Verhalten ihres Selbstbewußtseins befragt, um festzustellen, ob es einen dauernden oder intermittierenden Charakter hat. Es erwies sich, daß in der Mehrzahl der Fälle das Selbstbewußtsein als ein intermittierender Zustand der bewußten Erfahrung angesehen wird.

Berze (43) macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche die Anwendung rein psychologischer Begriffe in der Psychopathologie macht. Er definiert das tätige (aktive, motorische) Bewußtsein als einen Komplex von Tätigkeiten, welche das psychische Korrelat der Funktion von zerebralen Mechanismen sind, die durch die Eigenkraft des Organismus in Betrieb gesetzt und in Betrieb erhalten werden, und somit als motorische anzusprechen sind. Davon ausgehend überträgt er den Tonusbegriff der Neurologie auf die Psyche und prägt die Bezeichnungen Bewußtseinstonus, Bewußtseinshypotonie und Bewußtseinshypertonie. Unter normalem Bewußtseinstonus versteht er einen dem normalen Muskeltonus vergleichbaren Zustand einer gewissen, während der ganzen Dauer des Wachzustandes andauernden leichten Erregtheit der in ihrer Gesamtheit das tätige Bewußtsein konstituierenden Mechanismen. Bewußtseinshypotonie nennt er einen Defekt im Sinne einer Abnahme des Bewußtseinstonus.

Hirschlaff (200) sucht eine Hygiene des geistigen Lebens auf dem Fundamente einer psychologischen Analyse des Denkens aufzubauen. Hirschlaff weist nach, daß die angeblich unbewußten Seelenerscheinungen sich vielfach nur als unbenannt, unvollständig, unbemerkt und unanschaulich herausstellen, und er sucht zu zeigen, wie die durch die theoretische Analyse festgestellten Seelenelemente sich zu den tatsächlich allein in unserem Seelenleben vorfindenden Komplexen zusammenfügen und verbinden. Es sind dies sechs Faktoren im wesentlichen: Der Wahrnehmungsakt, der Erinnerungsakt, die Assoziation, die Apperzeption, die Fundierung und die Verschmelzung. Zur Herbeiführung der vollständigen geistigen Ruhe hat Hirschlaff ein Ruhesystem ausgearbeitet, das sich hauptsächlich zusammensetzt aus dem Fernhalten möglichst aller gröberen Sinnesreizungen, besonders von Gehörs- und Gesichtseindrücken, in einer willkürlichen Änderung der Atmung, die langsamer und regelmäßiger zu gestalten ist, in der Fixation der Aufmerksamkeit auf die einzelnen Atmungsphasen. Ferner ist vollkommene Muskelentspannung notwendig, auch der Lid- und Schluckmuskeln, Unterdrückung der Sprechbewegungen durch absichtliche Entspannung der Gesichts-, Stirn-,



Lippen- und Kiefermuskeln, der Zunge usw., Unterdrückung der Schluckbewegungen und endlich intensive Entspannung der Augenmuskeln.
(*Bendix.*)

Nach **Elsenhans** (131) ist die Phantasie eine ursprüngliche menschliche Fähigkeit, die sich im Hervorbringen neuer anschaulicher Verhältnisse zeigt. Die schöpferische Kraft ist an vorhandenes Anschauungsmaterial gebunden, sie schaltet aber damit nach ihren eigenen Gesetzen, gestaltet sie in ihrer Weise um. Nicht der bewußte Wille ist bei der Erschaffung der höchsten Erzeugnisse menschlicher Kultur tätig; mit Recht reden wir von „Intuition".

Kellers (246) Schrift über das Wesen der Vernunft beansprucht keinen wissenschaftlichen Wert, sie ist aber auch dem Laien nicht zu empfehlen, da sie dem in ihr behandelten großen Problem nur oberflächliche Betrachtungen widmet.

Berze (44) unterscheidet zwei Arten von Affekterregung, die primär somatische und die primär psychische. Die Erregung psychischer Affekte kann auf dem Wege der Assoziation, entweder rein automatisch-assoziativ oder aber assoziativ-apperzeptiv vor sich gehen. Die Gefühlstöne der Vorstellungen entsprechen gemeinhin nicht vollwertigen Affekten, sondern Affektbildern. Im Anschluß an diese Erörterungen bespricht Berze das Wesen der Affektstörungen bei der Dementia praecox.

Serog (425) bekämpft das Bestreben der Assoziationspsychologen, den „Gefühlen" eine untergeordnete Stellung zuzuschreiben. Er versucht, nachzuweisen, daß die Gefühlskomponente einerseits durchaus selbständig auftreten kann, andererseits aber mit den physiologischen Grundlagen der Empfindungen aufs engste zusammenhängen muß. Die Begründung ist im Original nachzulesen.

Gräfin von Wartensleben (482) hat ihre Versuchspersonen lateinische Worte und Sätze ins Deutsche übertragen lassen; außerdem mußten die Versuchspersonen bestimmte Reihen lateinischer Vokabeln auswendig lernen. Aus der Zusammenstellung der Versuchsergebnisse hebe ich folgendes hervor: Beim Übersetzen von lateinischen Wörtern kommen neben der Wahrnehmung des zu übersetzenden Wortes und dem Aussprechen des deutschen Wortes Vorstellungen, Gefühle und verschiedene Bewußtseinslagen vor. Unter den letzteren sind die Bewußtseinslagen der Bedeutung und der Bekanntheit von besonderer Wichtigkeit. Mit zunehmender Geläufigkeit des assoziativen Zusammenhanges zwischen lateinischem und deutschem Worte nimmt die Zahl der beim Übersetzen auftauchenden Vorstellungen ab, die der Bewußtseinslage der Bedeutung und Bekanntheit etwas zu. Bei großer Geläufigkeit ist die Zahl der begleitenden und eingeschobenen Bewußtseinsvorgänge deutlich kleiner: Das Übersetzen nähert sich dem „unmittelbaren" Übersetzen.

Sadger (400) führt aus, daß bei der Erziehung des einzigen und Lieblingskindes seitens der Eltern die größten Fehler begangen werden und zum Studium der Psychologie dieser Kinder besonders die Psychologie der Eltern notwendig sei. Den größten Schaden erleiden sie in sexueller Hinsicht durch übertriebene Liebesbezeugungen, die oft Perversitäten veranlassen oder sexuelle Impotenz und Frigidität. Deshalb sei es ratsam, die Freiheit der Kinder zu wahren und sie nicht zu ängstlich zu behüten. (*Bendix.*)

Breukink (61) hat Férés letzte Ergographenversuche nachgeprüft und auch dieses Mal, wie früher schon, durchaus keine Bestätigung der Resultate des französischen Forschers erhalten. Weder nach Baldriansaft, noch nach Zuckerlösung ließ sich eine typische Änderung der Kurven feststellen.

Die Arbeit **Ritter**'s (384), eines Pädagogen, soll den Nachweis erbringen, daß manche Erfahrungen der experimentellen Psychologie, welche die moderne Schule sich zunutze gemacht und in praktischer Beziehung verwertet hat, auf durchaus schwankendem Boden stehen. Vor allem greift Ritter die Ermüdungsmessung mit Hilfe des Ästhesiometers, des Ergographen und der Methode der fortlaufenden Addition an. Seine Kritik der Kraepelinschen Rechenmethode scheint aber auf falschen Voraussetzungen zu beruhen, denn er spricht (S. 521) von nur „5 Minuten lang fortgesetzten Proben", während die betr. Versuche bekanntlich in ihrer Dauer von 5 Minuten bis zu 2 Stunden variierten. „Mehr als verdächtig, geradezu grundverkehrt" ist nach Ritters Ansicht die Benutzung des Ergographen zur Entscheidung der Frage, wie sich körperliche und geistige Arbeitsleistungen in ihrer Einwirkung auf den Geisteszustand verhalten. Die bisher ungenügenden Ergebnisse haben Ritter veranlaßt, eigene Versuche anzustellen. Er bediente sich der „Diktatmethode" und empfiehlt sie warm. Die mitgeteilten Versuchsergebnisse sind nicht sehr überzeugend. Vor allem erwecken die technischen Bedingungen gegründete Zweifel. Ritter kann bei einigen Versuchen nicht einmal den Zeitpunkt der Anstellung angeben; es ist doch ein Unterschied, ob die Versuche 2 oder 3 Stunden nach Beginn der Arbeit angestellt wurden. Ferner spricht Ritter von irrtümlichen Eintragungen in sein Notizbuch, die er nachträglich habe berichtigen müssen (vgl. S. 533 und 532). Dabei lagen ihm die Belegzettel nicht mehr vor.

Auf eine Wiedergabe der Ergebnisse kann verzichtet werden.

Leschke's (281) Untersuchung der körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge hat sichere und einwandsfreie Ergebnisse nur auf dem Gebiete der Blutverschiebungen gehabt. Aber auch hier stehen sich die Ergebnisse der Versuche von Weber, Berger, Lehmann u. a. und von Shepard und Götz Martius diametral gegenüber. Verf. zeigt, daß die von Martius geübte Kritik der plethysmographischen Methode nicht zu Recht besteht, da mit Hilfe der Gehirn-, Ohr-, Finger- und Darmplethysmographen charakteristische Blutverschiebungen bei seelischen Vorgängen gefunden werden, die von Muskelbewegungen u. a. völlig unabhängig sind. Dagegen kann auf der andern Seite eine absolute Gesetzmäßigkeit in den körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge noch nicht behauptet werden. Wichtig ist außer der Berücksichtigung der Ermüdung und pathologischer Erschöpfungszustände, bei der sich nach Weber die Blutverschiebungen umkehren, auch die Unterscheidung zwischen aktivem und passivem Verhalten den Gefühlen und andern seelischen Vorgängen gegenüber, da hierbei oft eine völlige Reziprozität besteht. Zum Schluß wird die Zweckmäßigkeit der Blutverschiebungen bei Lust, Unlust, geistiger und sinnlicher Aufmerksamkeit dargelegt. In einer großen Tabelle sind die Ergebnisse der Arbeiten von Berger, Brahn, Dumas, Gent, Kiesow, Lehmann, Mosso, Shepard, Weber, Wundt, Zoneff und Meumann über die Veränderungen des Zirkulations- und Respirationsapparates bei den verschiedenen seelischen Vorgängen übersichtlich zusammengestellt. (*Autoreferat.*)

Radecki (364) hat im Genfer psychologischen Laboratorium eingehende Versuche über die „psychoelektrischen Vorgänge" angestellt. Er untersuchte erstens die Schwankungen eines durch den Körper der Vp. geleiteten Stromes, und zweitens den vom Körper der Vp. selbst gelieferten Strom unter dem Einfluß verschiedener psychischer Zustände. Auf die Versuchsanordnung kann hier nicht eingegangen werden. Die Arbeit zerfällt in einen physiologischen und einen psychologischen Teil. Die Ergebnisse des ersten



Teils waren folgende: Die psychoelektrische Reaktion wird durch zirkulatorische und sekretorische Vorgänge bedingt. Die Veränderungen der Leitungsfähigkeit werden durch eine Modifikation des Gasstoffwechsels hervorgerufen, der von Zirkulationsveränderungen abhängt. Die Schwankungen des elektrischen Potentials der Haut beruhen auf Strömen, die durch die Tätigkeit der Drüsen entstehen. Unter den Ergebnissen der psychologischen Erwägungen scheint am wichtigsten zu sein, daß die „psychoelektrische Reaktion einzig und allein als Begleiterscheinung bewußter oder unterbewußter affektiver Vorgänge auftritt". Der mitunter festgestellte hemmende Einfluß des Willens ist durch die Beeinflussung der Atmung durch die Willensvorgänge zu erklären. Gute Hinweise für die Psychoanalyse scheint die psychoelektrische Reaktion zu geben. Dagegen kann sie nie als „objektive Darstellung der Sensibilität" dienen, sondern nur als Maß der individuellen Emotivität, die bei einem und demselben Individuum von durchaus verschiedenen psychischen Prozessen abhängen kann. Der Vorzug der psychoelektrischen Methode vor anderen Untersuchungsmethoden der Affekte besteht in ihrer großen Empfindlichkeit, die schon solch feine Schwankungen aufzuzeichnen gestattet, wie sie sonst der Beobachtung mit Sicherheit entgehen.

Schenk (410) ist entgegen Bleuler und Kraepelin der Meinung, daß die geistige Impulsivität der Trinker, ihre geistige Ataxie und Desequilibrität meist nicht Folge des Alkohols ist, sondern der psychopathischen Minderwertigkeit der meisten Trinker. Dieselben Eigenschaften finden sich auch bei geistig Minderwertigen ohne Trunksucht. (*Bendix.*)

Busch (70) hat eine sehr eingehende, experimentelle Arbeit über den Einfluß des Alkohols auf die Bewußtseinserscheinungen geliefert. Ausgehend von den bekannten Versuchen Wirths über den simultanen optischen Bewußtseinsumfang experimentierte Busch an 8 Personen, die in bezug auf Alkoholgenuß von totaler Abstinenz bis zu gewohnheitsmäßigem Genuß variierten. Über die Technik und Anordnung der Versuche im einzelnen verweise ich auf das Original, erwähne nur, daß die Alkoholtage mit Normal-Vergleichstagen abwechselten; die Alkoholmenge betrug 30 ccm Alkohol. absol. in $^3/_4$ Wasserglas Wasser mit Himbeersaft. Als Hauptergebnis fand sich eine deutliche Herabsetzung der tachistoskopischen Auffassung einfacher visueller Reize. Der Bewußtseinsgrad des ganzen beobachteten Feldes war gegenüber der Norm in allen Teilen gesunken. Es bestand unter Alkoholwirkung die Tendenz, die überhaupt geringere aufgebrachte Beachtung auf einen kleineren Umkreis zu beschränken, also eine Einengung des Bewußtseinumfanges. Die Wirkung war schon nach 10 Minuten deutlich und bestand noch bei Abschluß der etwa 50 Minuten dauernden Versuche. Mehrfach zeigte sich eine Nachwirkung der 30 ccm über 24 Stunden hinaus in einer schlechteren Disposition der jeweils folgenden Tage. Der einmal genommene Alkohol hinterließ eine gesteigerte Empfindlichkeit für die nächsten Gaben. Es fanden sich einigemal Hinweise, daß der Alkohol durch Beseitigung hemmender Unlustgefühle die Leistungen verbesserte. Im allgemeinen ging die subjektive Reaktion mit der objektiven parallel. Häufig wurden illusionäre Erscheinungen, vorwiegend visueller Natur, beobachtet. Interessant war der Befund einer geringen aber regelmäßigen Erhöhung der einfachen Sehleistung unter Einfluß des Alkohols, die 10 Minuten nach Einnahme und noch deutlicher 40 Minuten später nachzuweisen war.

Hildebrandt (197) hat unter Achs Leitung eine Reihe von Normal- und Alkoholversuchen angestellt, um den Einfluß dieses Medikaments auf die Willensvorgänge zu prüfen. Er schloß sich an die früher von Ach geübten Methoden an und untersuchte in 3 getrennten Reihen Reproduktion,



Umstellen und Reimen. Die Alkoholdosis betrug 50 ccm Alkohol absol.: 300 ccm Wasser mit Limetta. In betreff der Einzelheiten verweise ich auf die Arbeit. Es ergab sich, daß die Willenskraft durch den Alkohol nicht beeinflußt wird, sobald es sich um intermittierende Leistungen handelt. Die Auffassungsfähigkeit dagegen war deutlich herabgesetzt. Die Erhöhung der motorischen Erregung trat namentlich bei cholerisch und sanguinisch veranlagten Individuen hervor.

In schroffem Gegensatz zu früheren Anschauungen steht die Erfahrung des Verfassers, daß die Willenskraft durch den Alkohol nicht beeinflußt wird. Wenn es sich auch, wie Hildebrandt betont, nur um akute Vergiftung bei seinen Versuchen handelt, so ist doch die Dosis groß genug, und es erscheint kaum angängig, zwischen akuter und chronischer Intoxikation einen prinzipiellen Gegensatz zu schaffen. Erst weitere Untersuchungen werden zeigen müssen, ob nicht andere, die Alkoholwirkung verdeckende Faktoren hier von Einfluß waren, die nicht in Rechnung gestellt wurden. Man könnte namentlich an affektive Vorgänge denken, wenn man berücksichtigt, eine wie wenig lustbetonte Arbeit derartige Versuche auch beim besten Willen der Vp darstellen. Könnte nicht schon die Beseitigung mancher im Normalversuch hemmenden Unlustgefühle eine Besserleistung im Alkoholversuch bedingen? Um so mehr erscheint das möglich, als Hildebrandt ausdrücklich auf die unter Alkoholwirkung auftretende Euphorie und Sorglosigkeit seiner Vp hinweist. Ohne den Wert der vorliegenden Arbeit im geringsten bezweifeln zu wollen, scheint es mir doch, als seien die Willensvorgänge in der hier untersuchten Form fast zu komplexe Erscheinungen, um völlig eindeutige Resultate zu geben.

Göring (171) hat im Münchener psychiatrisch-psychologischen Laboratorium an 11 Patienten (Psychopathen, Alkoholisten, Epileptikern (?) u. a.) Alkoholversuche angestellt. Die Prüfung jeder einzelnen Person erstreckte sich auf eine Periode von 10 Tagen. An jedem Tage wurde ein Vor- und Hauptversuch angestellt, mit einer dazwischenliegenden Pause von 20′. Es wurde geprüft: 1. die Auffassung mit dem Kraepelin-Cramerschen Pendeltachistoskop, 2. das Rechenvermögen mit der Addition einstelliger Zahlen und 3. die Kraft mit dem Weilerschen Arbeitsschreiber. Die Einzelheiten der Technik müssen im Original eingesehen werden. Von den 11 Vp zeigten 11 nach dem Alkohol eine schlechtere Auffassungsfähigkeit, 8 eine geringere Rechenleistung und 6 geringere Kraftleistungen. 3 Personen zeigten eine bessere Rechenleistung, eine auffallende Erscheinung, die nicht allein durch Beseitigung von Hemmungen erklärt werden kann. Eine starke Besserung der Kraftleistung muß als pathologische Wirkung des Alkohols aufgefaßt werden, sie beruht auf der bei den betr. Vp vorhandenen gesteigerten motorischen Erregbarkeit.

Auf die große Schwierigkeit der Beurteilung solcher Versuche weist folgender Umstand hin: Göring betrachtet eine Erschwerung der sensorischen Leistungen im Gegensatz zur Erleichterung der motorischen als typisch für die Alkoholwirkung. Die oben (S. 995) referierten Versuche von Busch lehren, daß diese Auffassung zum mindesten für den optischen Apparat nicht ohne weiteres Gültigkeit beanspruchen darf.

Es wurde noch eine Reihe Frauen untersucht, bei denen die Durchführung aber wegen der starken Reaktion nur unvollständig blieb. Sie erhielten die gleiche Alkoholdosis wie die Männer: 40 ccm Alkohol absol. Unter den Frauen waren vier Pflegerinnen und drei Kranke, letztere erhielten nur 20 ccm Alkohol. Es zeigte sich, daß bei den Frauen eine erhebliche physiologische Intoleranz bestand.



Die Polemik **Moll** (315) und Kraepelin-Isserlin bedarf einer kurzen Erwähnung. Es ist sehr zu bedauern, daß geringe sachliche Differenzen zu derartigen Auseinandersetzungen führen mußten. Vor allem wird jeder Arzt, dem die Alkoholfrage am Herzen liegt, schwer empfinden, daß Moll durch eine abfällige Beurteilung der psychologisch-experimentellen Forschung und ihrer Übertragung auf die Praxis die mühsam gefestigten Anschauungen auf diesem Gebiet und auf dem weiteren der Antialkoholbewegung überhaupt erschüttert. Wer an der Richtigkeit der von Kraepelin und seinen Schülern, aber auch von anderen Autoren gewonnenen Ergebnisse zweifelt, dem steht der Weg der Nachprüfung offen. Hier gilt der Satz: la critique est aisée, l'art est difficile! Es genügt wohl, auf die oben referierten Arbeiten hinzuweisen, um zu zeigen, daß nicht in München allein eine Beeinträchtigung der psychischen Leistungen durch den Alkohol gefunden wird. Wenn die Ergebnisse unserer Arbeit zum Teil unklar, zum Teil sogar widersprechend sind, so ist das eine Eigenschaft, die jeder, vor allem der subtilen psychologischen Forschung anhaftet, die jedoch nicht vermag, ihren wissenschaftlichen, aber auch praktischen Wert ernstlich zu erschüttern.

Isserlin (216) resümiert seine Erwiderung auf die von Moll gegen Kraepelin gerichteten Angriffe dahin, daß Kraepelin nirgends die Gefährlichkeit kleiner Alkoholdosen behauptet hat. Die Möglichkeit einer Fälschung der Ergebnisse Kraepelins durch suggestive Einflüsse hat Moll nicht beweisen können. (*Bendix.*)

Jakobson (218) bespricht auf Grund der Selbstbeobachtung und Selbstschilderung eines Patienten die Veränderungen des Bewußtseins während der Narkose. Es handelte sich um einen nervengesunden, intelligenten, an Introspektion gewöhnten Mann, bei dem die Entfernung des Wurmfortsatzes unter Stickstoffoxydulnarkose (mit Luftbeimengung) vorgenommen wurde. Im Gegensatz zu der allgemein verbreiteten Ansicht, daß das Bewußtsein und die höheren psychischen Funktionen vom Narkotikum früher gelähmt werden als die niederen Funktionen, konnte der Patient an sich feststellen, daß trotz eingetretener motorischer Lähmung keine Anästhesie bestand, der Schmerz infolgedessen deutlich wahrgenommen wurde. Auch die Denkfähigkeit war erhalten, während die sprachliche Ausdrucksfähigkeit aufgehoben war.

Francotte (147) behandelt die Selbstbeherrschung vom ganz allgemein menschlichen Gesichtspunkt aus. Er gibt einige historische Beispiele und macht auf die Beeinträchtigung der Selbstbeherrschung durch Alkohol und andere Gifte aufmerksam.

Jones (231) betont die Häufigkeit schwerer neuropathischer Belastung bei hervorragenden Männern und gibt einige interessante Hinweise auf englische Größen. Das neurotische Temperament zeichnet sich durch erhöhte Sensibilität für Schmerz und Lust, motorische Unruhe und Emotivität aus. Die Ursache dieser Abweichung ist in Ernährungsänderungen der kortikalen Zentren zu suchen.

Preisig (361) bespricht die Sprachstörungen der Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Wortneubildungen. Nach ihm lassen sich die Neologismen auf folgende Weise erklären: 1. Für die halluzinatorischen und wahnhaften Erlebnisse fehlen den Kranken die entsprechenden Ausdrücke, sie sind genötigt, eigene Bezeichnungen zu schaffen. 2. Die Einbildungskraft mancher Fälle von Dementia praecox und Manie veranlaßt sie, neue Sprachen zu erfinden. 3. Von Bedeutung ist die Symbolisierung und die Verarbeitung von Wortähnlichkeiten, auch die Manieriertheit in der Sprache. 4. Bei Paralytikern führen Artikulations- und Schriftstörungen



häufig zu Wortneubildungen. 5. Schließlich ist noch neben der „Kondensation“ die Wortanpassung zu nennen, die namentlich bei starkem Rededrang und bei Perseveration vorkommt.

Jaspers (222) faßt die wichtigsten Ergebnisse seiner Analyse der Trugwahrnehmungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Außer den echten Trugwahrnehmungen gibt es, ohne daß zwischen den beiden ein Übergang bestände, pathologische Vorstellungen, die detailliert und unabhängig vom Willen sind (Pseudohalluzinationen Kandinskys).

2. Der Gegensatz der Leibhaftigkeit (Objektivitätscharakter) der echten Halluzinationen und der Bildhaftigkeit (Subjektivitäts- oder Vorstellungscharakter) der Pseudohalluzinationen ist zu trennen von dem Gegensatz des richtigen oder falschen Realitätsurteils. Jener ist ein Unterschied der sinnlichen Phänomene, dieser ein Unterschied des Urteils über solche sinnliche Phänomene.

3. Die Leibhaftigkeit ist etwas Gegebenes, das nur durch außerbewußte Vorgänge „erklärt“, das Realitätsurteil etwas zum Bewußtsein Gewordenes, das aus seinen Motiven „verstanden“ werden kann.

4. Vom Realitätsurteil ist das „psychologische Urteil“ der Kranken zu trennen. Im ersteren beurteilen sie eine äußere Wirklichkeit, im letzteren beurteilen sie richtig oder falsch, was sie selbst wirklich erlebten.

5. Das aus Sinnestäuschungen „verständlich“ ableitbare falsche Realitätsurteil ist zu trennen vom „unverständlichen“ Realitätsurteil. Nur das letztere ist pathologisch.

Uber die Terminologie und die Begriffbestimmung herrscht heutzutage noch die größte Unordnung. Diese kommt vor allem durch die zweideutige Bedeutung des Ausdruckes „Unterbewußt“ zustande. **Assagioli** (23) ist der Ansicht, daß man dagegen eine von der gewöhnlichen Persönlichkeit dissoziierte jedoch bewußte psychische Tätigkeit annehmen soll. Manche Beobachtungen sollen sogar dafür sprechen, daß diese „dissoziierte“ unterbewußte psychische Tätigkeit einen großen Teil des gesamten psychischen Lebens einnimmt. Diese psychische Tätigkeit ist anwendbar und kontrollierbar. (*Audenino.*)

Heveroch (195) beschäftigt sich mit dem psychogenetischen Wesen der Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Obsessionen. Er schließt seine Ausführungen folgendermaßen: Die Störungen des Ichbewußtseins, unseres innersten psychischen Prinzips, äußern sich durch verschiedene klinische Bilder, und zwar: Störungen des Ichbewußtseins (im engeren Sinne des Wortes), bei denen sich Störungen der verschiedenen Äußerungen des Ichbewußtseins zeigen, Zwangsvorstellungen (Obsessionen), die durch eine abgeschwächte Überzeugungskraft und affektive Störungen charakterisiert sind, Wahnideen und Halluzinationen, deren Hauptmerkmale die krankhafte starke Überzeugungskraft und affektive Störungen sind. (*Bendix.*)

VI. Schlaf, Suggestion, Psychotherapie und ähnliche Erscheinungen.

Trömmner (467) schildert seine Versuche über Vorgänge beim Einschlafen. Er faßt seine Ergebnisse, die er zunächst als vorläufige betrachtet wissen will, in folgenden Sätzen zusammen: Die Haupterscheinungen des Prädormitium sind sowohl der Selbstbeobachtung als auch der psychologischen Analyse beim suggerierten Einschlafen zugänglich. Die Schnelligkeit des Einschlafens hängt erstens von der persönlichen Schlaffähigkeit und zweitens von der Ermüdung ab. Die Symptome der Müdigkeit sind Abulie, Muskelhypotonie, motorische und statische Inkoordination, ferner Nachlaß



der Aufmerksamkeit und Affektlosigkeit, Verlangsamung der Assoziation und Reproduktion. Das der Ermüdung folgende Stadium der Dissoziation zeigt ebenfalls körperliche und psychische Merkmale. Unter ersteren sind namentlich die Doppelbilder bemerkenswert. Von psychischen Erscheinungen sind sinnlich lebhaft gefärbte Erinnerungsbilder, hypnagoge Illusionen und Halluzinationen nachweisbar. Sie stellen Vorstadien von Träumen dar; periphere Reize sind sehr selten Anlaß zu ihrer Entstehung. Die Dissoziationserscheinungen haben keinerlei Beziehungen zur Ermüdung, sondern sind Wirkung progressiver zentraler Hemmungen. Auch der Schlaf dokumentiert sich als permanenter Hemmungszustand, in welchem die Hirnrinde nur zu lokalisierten Erregungen fähig ist, während das Gehirn im Wachen mit ausgebreiteten assoziierten Erregungen arbeitet.

Cramaußel (95) bediente sich zur Untersuchung des Schlafes im Säuglingsalter pneumographischer Kurven, die zwei Wochen, 6 Wochen und 3 Monate nach der Geburt bei einem weiblichen Kinde aufgenommen wurden. Es zeigte sich, daß die erste Kurve einen völlig unregelmäßigen Charakter hat: anscheinend ein Beweis, daß die unwillkürliche Innervation anfänglich ebenso unkoordiniert ist wie die willkürliche. Um diese Zeit zeigt die Kurve bei äußeren Reizen (Schall, Berührung) keine Veränderung. Beim 6 wöchigen Kinde hat die Kurve einen viel regelmäßigeren Typus angenommen, bei Gehörreizen zeigt sie bereits deutliche Ausschläge, es tritt aber bald Gewöhnung ein. Sanfte oder scharfe Töne scheinen verschiedenartig zu wirken. Am Ende des dritten Monats hat sich die Atmung fast völlig ausgeglichen. Der Einfluß der Schallreize ist deutlicher geworden, es läßt sich sogar ein Unterschied zwischen der Reaktion auf die Stimme des Vaters und derjenigen auf die Stimme der Mutter feststellen. Berührungen rufen zunächst sehr lebhafte Reaktionen hervor, bald aber tritt Gewöhnung ein.

Cramaußel (95) hat seine Versuche in einer zweiten Arbeit weiter fortgeführt. Er stellte fest, daß die Respirationszahl pro Minute am Ende des 3. Monats 36, am Ende des 6. Monats 28 und am Ende des 2. Jahres noch 20 beträgt. Dann verfolgte er mit seiner Methode die verschiedenen Phasen des Schlafes und konnte feststellen, daß sich die Tiefe oder Oberflächlichkeit deutlich in der Form der Kurve wiederspiegelt. Er konnte ferner zeigen, wie das Geistesleben des Kindes auch im Schlafe zur Geltung kommt, indem er die Reaktion auf visuelle und olfaktorische Reize angenehmer und unangenehmer Natur studierte.

Vaschide (474) gibt im ersten Teil seines Buches eine Besprechung der Hypothesen über die Natur des Schlafes, von denen ihm keine befriedigt. Es folgt eine Darlegung der Ergebnisse seiner zahlreichen eigenen Untersuchungen über den Schlaf. Er bestätigt die Erfahrungen von Tschisch über das willkürliche Aufwachen. Der Einfluß der Aufmerksamkeit während des Schlafes ist nach ihm feststehend. In den meisten Fällen erwachen die Versuchspersonen vor der angesetzten Zeit. Der Schlaf an den Versuchstagen unterscheidet sich vom normalen Schlaf. Als physisches Zeichen der Aufmerksamkeit im Schlaf läßt sich mitunter eine Pulsbeschleunigung feststellen. Im zweiten Teil referiert Vaschide die klassischen Untersuchungen von Maury, die das meiste von dem enthalten, was später über diesen Gegenstand geschrieben wurde. Er wendet sich dann den Arbeiten des Marquis von Saint-Denis zu, deren Ergebnis kurz folgendermaßer lautet: Alle Träume lassen sich erklären, entweder als natürlichen und spontanen Ablauf einer Kette von Erinnerungen, oder durch das plötzliche Auftreten einer Idee, welche dieser Erinnerungskette fremd ist, infolge irgendwelcher zufälliger physikalischer Ursachen (äußere Reize). Es



folgt eine Besprechung der bekannten Traumtheorien von Freud, die nur als zum Teil richtig anerkannt werden, und der Arbeiten von Mourly Vold. Der letztere Autor behauptet, daß optische Halluzinationen im Traum und auch im Wachzustande die Folge ganz andersartiger sensorieller Reizungen sein können, insbesondere kutaneo-motorischer.

Den Schluß des Buches bildet eine Zusammenfassung der eigenen Erfahrungen des Autors. Er faßt den Traum auf als eine Synthese aus Tausend im Wachleben dissoziierten Vorgängen. Die Grundelemente des Traumes sind Abstraktion und Emotivität. Dank der psychologischen Eigenart des Schlafzustandes sind die Traumbilder als fertige Vorgänge zu betrachten, da sie sowohl von den Ketten der sozialen Einflüsse als auch von den Wirkungen der Individualität befreit sind.

Jones (232) zeigt an 3 Beispielen, welchen Einfluß Träume auf das Wachleben ausüben können. Aber erst die Psychoanalyse gibt Aufschluß über die Herstammung solcher Träume, die (nach Freud und Jones) stets Wunscherfüllungen sind.

Ellis (129) faßt seinen Aufsatz über Symbolismus in Träumen dahin zusammen, „daß der Wunschtraum, der so sorgfältig von Freud erforscht wurde, in dieser infantilen Form ganz gewöhnlich ist und in der symbolischen keineswegs selten; aber er ist nur ein Traumtypus von vielen, obwohl Freuds scharfe und feine Analysierungsfähigkeit ihm eine unverdient hervorragende Stellung verschafft hat. Die Welt des Schlafbewußtseins ebenso wie die Welt des Wachbewußtseins ist reich und verschiedenartig, sie kann nicht durch eine einzige Formel erschöpft werden".

Hacker (185) hat eine sehr gründliche Arbeit über „Traumbeobachtungen" geliefert, die sich auf ein reichhaltiges eigenes Beobachtungsmaterial stützt. Er bespricht zunächst die Methoden der Untersuchung, dann die Vorstellungen und Gedanken im Traum, die Sprache, den Vorstellungsablauf, das Selbstbewußtsein und den Willen, die Gefühle, die Entstehung und Dauer der Träume und schließlich den Zusammenhang des Trauminhaltes mit den Tageserlebnissen. Die Dauer seiner Beobachtungen erstreckte sich auf eine ununterbrochene Zeit von 450 Tagen und einer späteren Periode von 50 Tagen. Ich gebe im folgenden seine wichtigsten Ergebnisse gekürzt wieder:

1. Wegen des Zurücktretens aller psychischen Funktionen vermag die ganze, noch vorhandene psychophysische Energie den Vorstellungen zugute kommen. Die Vorstellungen werden nach außen projiziert . . . ihre Lebhaftigkeit nimmt mit der abnehmenden Schlaftiefe zu.

2. Im Traum tritt eine Dissoziation von Vorstellungen und Gedanken ein, die dazu führt, daß die Vorstellungen entweder auftreten, ohne von der Bewußtheit einer Bedeutung begleitet zu sein, oder aber häufig mit einer Bedeutung, die ihnen nach den Erfahrungen des wachen Lebens nicht zukommt.

3. Der Vorstellungsablauf ist wegen des Mangels eines geordneten Denkens . . . als ideenflüchtig zu bezeichnen. An ein Bild reiht sich assoziativ, aber meist ohne jeden kontinuierlichen Übergang, ein neues.

4. Das Selbstbewußtsein tritt im tiefen Schlaf sehr zurück. Obwohl das Ich als empirisches Zentrum gewöhnlich der Mittelpunkt der Handlungen ist, sind doch alle Formen von doppelter Persönlichkeit usw. möglich . . . Willensregungen kommen namentlich morgens öfters vor, doch fehlt ein eigentlicher Willensakt völlig.

5. Die von verschiedenen Autoren beschriebene Unabhängigkeit der Gefühle von den Vorstellungen ist oft zu beobachten. Die Gefühle scheinen nur durch den Gefühlston namentlich der Organ- und Temperaturempfindungen bedingt zu sein. Im tiefen Schlaf treten sie gewöhnlich gänzlich zurück.



6. Die aus perseverierenden Vorstellungen bestehenden Frühträume und andere Erscheinungen lassen darauf schließen, daß die Träume Begleiterscheinungen physiologischer Vorgänge im Gehirn sind. Die Dauer einzelner Träume kann 10 Minuten betragen, wohl auch mehr, viel häufiger aber mag sie kürzer sein.

7. Während im tiefen Schlaf Vorstellungen von weiter zurückliegenden Erlebnissen stark überwiegen, kommen beim oberflächlichen Schlaf vor dem Erwachen zur gewohnten Zeit, die mit der Tagesbeschäftigung zusammenhängenden Träume mehr zur Geltung . . . Die Anschauung Freuds, daß jeder Traum eine Wunscherfüllung sei, ist namentlich für die Träume des tiefen Schlafes empirisch nicht als richtig zu erweisen.

Becker (36) führt in fast zu schüchterner Weise den praktischen Nachweis, daß die Freudschen Theorien über die Entstehung der Träume unzutreffend sind.

Auch **Dercum** (101) lehnt Freuds Traumdeutung mit guten Gründen ab. Er weist darauf hin, daß Arzt und Patient sich sowohl bei der Psychoanalyse wie auch bei der Traumdeutung im Zustande gespanntester Erwartung befinden. Dadurch wird von beiden Seiten der Suggestion Tür und Tor geöffnet. Wenn hysterische Symptome durch die Psychoanalyse beseitigt werden, so ist das weiter nichts als ein Erfolg der Suggestion, die sich an die erwartete Aufdeckung des sexuellen Traumas knüpft (vgl. Aschaffenburg!). Die von Jones (übrigens auch von fast allen anderen Freud-Anhängern) vertretene sexuelle Ätiologie des nächtlichen Aufschreckens und der Phobien verwirft Dercum völlig.

Dugas und **Moutier** (120) haben eine lesenswerte Arbeit geliefert. Unter Depersonalisation verstehen sie eine allgemeine Störung der Geistestätigkeit mit vorwiegender Beeinträchtigung des Gefühlslebens. Ein Mensch, der das Gefühl seiner Persönlichkeit eingebüßt hat, ist nicht geisteskrank, er denkt richtig, er fühlt aber nicht in normaler Weise; er nimmt neue Eindrücke der Außenwelt auf und kann frühere Eindrücke wieder wachrufen, aber alles hat für ihn den normalen Gefühlston verloren: es ist ihm fremd. Er steht als Zuschauer seinen eigenen Erlebnissen gegenüber. Alle Ursachen der Psychasthenie (Kummer, Krankheiten, Gemütserschütterungen) können zur Depersonalisation führen, die aber von der Entartung, der Neurasthenie und den psychasthenischen Zuständen getrennt und als selbständige Erkrankungsform betrachtet werden soll. Die Autoren stützen ihre Auffassung auf eine vielseitige und kritische Berücksichtigung früherer Arbeiten, auf eigene Erfahrungen und literarische Beispiele (Rudyard-Kipling u. a.). Es sei noch hervorgehoben, daß die Arbeit sowohl den psychologischen als auch den klinischen Standpunkt in gleicher Weise berücksichtigt.

De Sermyn (424) sieht sich bewogen, seine persönlichen Erfahrungen auf dem Gebiet der sog. „okkulten" Erscheinungen zu veröffentlichen. Er berichtet von telepathischen und hypnotischen Beobachtungen, sowie „Ahnungen", die sich in merkwürdiger Weise bestätigten. Auf Grund seiner Erlebnisse ist de Sermyn von dem Vorhandensein irgendwelcher unbekannter psychischer Kräfte überzeugt, die er für das Zustandekommen solcher Erscheinungen verantwortlich macht. Auch dem Gottesbegriff widmet de Sermyn interessante Erörterungen. Er weist die Undenkbarkeit des christlichen Gottesbegriffs treffend nach, gelangt aber zu der Auffassung, daß es sehr wohl ein höheres Wesen, eine gewissermaßen konzentrierte menschliche Vernunft geben kann. Nach der glänzend geschriebenen Widerlegung des traditionellen Gottesbegriffs mutet der Schluß wie ein resignierter Verzicht des alternden Forschers an.



Prince (321) gibt uns das fesselnde Bild einer „dissoziierten Persönlichkeit". Die Heldin des Buches, Miß Beauchamp, ist von 1898—1904 in der Beobachtung und Behandlung des Verf. gewesen. Sie hat in dieser Zeit die merkwürdigsten Verwandlungen ihrer Persönlichkeit durchgemacht: sie nahm in der Hypnose durchaus verschiedene Charaktere an, war bald ihr ursprüngliches Ich, dann ein zweites, drittes und viertes. Sehr interessant waren die Beziehungen der verschiedenen Ichs zueinander; meist waren sie völlig geschieden, wußten nichts von den Erlebnissen der anderen, fühlten und urteilten in durchaus divergenter Weise.

Princes Buch bietet dem Arzt und dem Psychologen eine Fülle von Anregung.

„Neuland der Seele" nennt **Maxwell** (303) seinen Versuch, ins Reich der Mystik, speziell des Spiritismus und Okkultismus, einzudringen. Man darf ihm nicht abstreiten, daß er diesen schwierigen Versuch mit einer diesen Arbeiten sonst fremden objektiven Kritik gemacht hat. So bespricht er beispielsweise ausführlich alle Möglichkeiten, die spiritistischen Erscheinungen auf betrügerische Weise hervorzurufen. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß fast sämtliche Erscheinungen leicht gefälscht werden können und auch vielfach gefälscht worden sind. Immerhin bleibt eine Reihe von Erscheinungen übrig, zu denen vor allem die einfachsten gehören, wie die sog. Raps, die Maxwell selbst vielfach unter völlig einwandfreien Versuchsbedingungen beobachten konnte; eine Erklärung für die Erscheinungen zu geben, ist er nicht imstande. Er vermutet eine neue Energieform, die von den am Versuch beteiligten Personen ausgeht. Für die Annahme von Geistern oder übernatürlichen Erscheinungen liegt kein Grund vor. Die Meinung, alle Medien seien hysterisch oder Betrüger, stimmt nicht. Auch an völlig gesunden, zuverlässigen Menschen lassen sich solche Erscheinungen feststellen. Ein Hauptvorzug des Buches liegt in der genauen Schilderung, wie die psychischen Versuche in einwandfreier Weise angestellt werden sollen.

In dankenswerter Weise hat **Sommer** (443) an der Hand eines praktischen Falles die sog. mystische Erscheinung des Gedankenlesens studiert. Er lud einen in Gießen öffentlich auftretenden Gedankenleser in seine Klinik ein und legte ihm dort eine Reihe von mehr oder weniger schwierigen Aufgaben zur Lösung vor. Der Inhalt dieser Aufgaben bestand in der Vornahme bestimmter Handlungen. Es zeigte sich nun, daß von einem „Erraten" der Aufgaben keine Rede ist, sondern daß der Gedankenleser sich von den Richtungsinnervationen der als Mittelsperson dienenden Versuchsperson leiten läßt. So kommt es häufig genug zunächst zu falschen Lösungen. Immerhin war die Zahl der richtigen Lösungen sehr groß, ein Beweis, in wie hohem Grade ein sensitiver Mensch die Fähigkeit zur Wahrnehmung von fremden Ausdrucksbewegungen bei sich entwickeln kann.

Maeder's (299) Aufsatz bildet nur eine Bestätigung der bekannten Theorien Freuds und seiner Anhänger über Projektion, Exteriorisation, Symbolisierung und dergl. Auch hier spielt wieder das Sexuelle die Hauptrolle.

Im Gegensatz zu Freud steht **Frank** (148) auf dem Boden einer mehr objektiven und kritischen Sichtung seiner Erfahrungen. Mit Vergnügen liest man seine von dogmatischen Voraussetzungen freien Darlegungen, die den übrigens allseitig zugestandenen Nachweis erbringen, daß zahlreiche neurotische Symptome durch unterbewußte Vorgänge determiniert sind. Nach Frank haben nicht nur sexuelle Vorstellungen diese Bedeutungen; ebensowenig wie sie für das Traumleben von ausschlaggebender Bedeutung sind.



Stekel (448) hat „bei den meisten seiner Neurotiker geheime Beziehungen zum Namen gefunden, die sich im Sinne von Verpflichtungen, Stolz, Trotz und Scham kundgaben". Er möchte nicht behaupten, daß der Zusammenhang dieser Vorstellungen mit der Neurose völlig eindeutig ist, hält aber seine Wahrnehmungen für interessant genug, um sie zur Diskussion zu stellen.

Friedländer's (157) Stellung zu den Lehren Freuds ist in früheren Jahrgängen dieser Berichte bereits besprochen worden. Auch durch die neuesten Veröffentlichungen hat er sich nicht bewogen gefühlt, seine ablehnende Stellung aufzugeben.

Kronfeld (267) hat sich der Mühe unterzogen, die Freudsche Lehre eingehend zu besprechen. Die erste Hälfte seines Buches enthält eine nahezu rein referierende Wiedergabe der psychologischen Grundlagen der Lehre, der Freudschen Mechanismen und Induktionen. Die zweite Hälfte ist der Kritik gewidmet und gliedert sich in entsprechender Weise. Das Ergebnis dieser Kritik ist bei aller — traditionellen — Wertschätzung von Freuds psychologischem Scharfsinn eine völlige Ablehnung der theoretisch-psychologischen Grundlagen und damit auch folgerichtigerweise der praktischen Anwendung dieser Lehre.

Ob der Erfolg die viele aufgewandte Mühe und Arbeit des Verf. lohnen wird, möchte ich bezweifeln. Wer wider Freud ist, wird das Buch mit Vergnügen lesen und vieles, was er gedacht, dort gut wiedergegeben finden. Wer aber für Freud ist, auf den wird auch diese ernste und wohlgemeinte Kritik keinen Eindruck machen; gegen derartig affektbetonte Theorien läßt sich mit logischer Überlegung nicht kämpfen. Freuds Lehren sind für ihre Anhänger — hoffen wirs zu ihren Gunsten — Glaubenssache!

Pfister's (349) Aufsatz über den hysterischen Madonnenkultus soll uns zeigen, daß Freuds Lehren auch auf dem Gebiete der Religion ungeahnte Fortschritte bewirken können. Pfister ist Pfarrer in Zürich und berichtet in überschwänglichen Worten von seinen Erfahrungen mit der Psychoanalyse. Natürlich fehlt es nicht an den gewohnten Seitenhieben auf die „unkundigen Schwätzer", die die gewonnenen Ergebnisse ebenso verspotten wie der „hinterpommersche Tagelöhner" die Existenz der fliegenden Fische verlacht.

Die sogenannte Sublimierung ist nach **Assaglioli** (24) durch die engen Beziehungen, die zwischen dem sexuellen und dem psychischen Leben bestehen, ermöglicht. Verf. gibt einige praktische Maßregeln an, die zum Entwurf einer Technik der Sublimierung dienen können (!). (*Audenino.*)

Chojecki (75) hat mit dem Guidischen Apparat (vgl. d. Jahresb. Bd. XII S. 942), dem Hypnoskop von Ochorowicz und nach dem Binetschen Verfahren Versuche über Suggestibilität an 60 Personen angestellt. Er fand in 31—60 % positive Reaktion, und zwar erwies sich die Suggestibilität beim Binetschen Versuch am größten. Da die Versuchspersonen zu gleichen Teilen sich auf beide Geschlechter verteilten, konnte er auch einige vorsichtige Schlüsse auf den Einfluß der Geschlechtszugehörigkeit ziehen. Es scheint, als sei die Suggestibilität bei den Männern mehr verbreitet, wenn aber vorhanden, bei den Frauen stärker ausgeprägt.

Bjerre (49) beschreibt, ausführlich und kritisch, die Freudsche Psychoanalyse, betont stark deren Übertreibungen, will aber andererseits diese Methode weder als theoretische Wissenschaft noch als Therapie verwerfen und sucht dies mit klaren und leichtverständlichen Beispielen aus einer reichlichen Erfahrung zu stützen. Er hebt mit Recht hervor, wie hohe Anforderungen an Fähigkeit einer Selbstanalyse und Selbstehrlichkeit des Arztes diese Methode stellt, um nicht einer sinnlosen Subjektivität zu

verfallen. Speziell zu markieren ist die deutliche Auffassung des Verf., daß das Sexualleben sicher nicht die einzige Ursache zu dem Auftreten verdrängter Komplexe ist, und daß die Neigung zu Sublimierung, also nicht die Sexualität überhaupt, für ihn — im Gegensatz zu der Freudschen Schule — als die am meisten tiefgewurzelte Triebkraft im Dasein steht. Nach der Meinung des Verf. muß die psychische Behandlung immer auf die Sublimierung eingerichtet sein. Prophylaktisch hebt Verf. hervor, daß eine große, früher nicht gebührend beachtete Reihe von Schädigungen den Kindern entzogen werden muß, und daß eine frühzeitige, liebevolle Übung der Fähigkeit der Sublimierung von größter pädagogischer Bedeutung sei. (*Sjövall.*)

Allgemeine Ätiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Geisteskrankheiten.

Ref.: Prof. Dr. Boedecker-Schlachtensee b. Berlin, Dr. B. Saaler-Schlachtensee b. Berlin und Dr. W. Sossinka-Scheibe-Glatz.

1. Abramow, W., Objektive psychologische Untersuchung der Intelligenz bei Geisteskranken. Dissert. St. Petersburg.
1a. Abundo, G. d', Sopra alcuni particolari effetti delle procezioni cinematografiche nei neurotici. Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia. Band IV. Heft 10.
2. Adam, Les maladies mentales dans l'armée. Annales médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 1. p. 59.
3. Aikin, J. M., Aids in Differential Diagnosis of Mental Disorders. Western Med. Review. Dec.
4. Derselbe, The Insanities of the Puerperal Period. ibidem. XVI. 10—14.
5. Aimé, Hallucinations visuelles chroniques sans délire. Revue neurol. 2. S. p. 300. **(Sitzungsbericht.)**
6. Alberti, A., Per la diagnosi delle malattie mentali; appunti di psicopatologia. Note e riv. di psichiatr. 3. s. IV. 55—65.
7. Allen, J. O., Insanity and Allied Conditions. Lancet Clinic. May. 20.
8. Derselbe, Psychic Causes of Insanity. ibidem. Oct.
9. Allones, Révault d', L'affaiblissement intellectuel chez les déments. Paris. Félix Alcan.
10. Alter, Zur Statistik der Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VII. H. 4. p. 343.
11. Alvisi, E. e, Volpi-Ghirardini, G., Sulla reazione di Butenko negli alienati. Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol. I. fasc. 4. p. 381.
12. Alzheimer, A., Ist die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt erstrebenswert? Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. (Originale.) Bd. VI. H. 2. p. 242.
13. Derselbe, Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. ibidem. Originale. Bd. IV. H. 3. p. 356.
14. Amberg, Emil, Tympano-Mastoiditis Exhibiting Mental Symptoms. Medical Record. Vol. 80. No. 10. p. 477.
15. Anton, G., Geistige Epidemien von einst und jetzt. Geistige Artung des Kindes und dessen Abartung. Psychiatrische Vorträge. 2. Serie. Berlin. S. Karger.
16. Augistrou, R., Attaques de sommeil somnambulique consécutives à des séances de spiritisme. Journ. de méd. de Bordeaux. XLI. 245—247.
17. Babington, Alice, A Note on the Determination of the Opsonic Indices of the Blood in Insane Persons. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 288.
18. Baccelli, Mario e Terni, Tullio, L'indice opsonico in alcuni malati di mente. Riv. di Patol. nerv. e ment. Anno XVI. fasc. 1. p. 24—28. u. Gazz. med. lomb. No. 29. p. 281.
19. Bahr, Max A., The Significance of Fear in Mental Diseases; Report of a Case with Claustrophobia. Medical Record. Vol. 80. No. 2. p. 123.
20. Ballet, Gilbert, La domaine de la psychiatrie. La Presse médicale. No. 37. p. 377.



21. Derselbe, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. Le Progrès médical. No. 7. p. 81.
22. Derselbe, Quelques réflexions à propos de la psychiatrie et des psychiatres. Revue de Médecine. Oct. p. 33.
23. Barbé, A., Hallucinations visuelles persistantes dans un cas de confusion mentale. Revue neurol. 2. S. p. 806. **(Sitzungsbericht.)**
24. Barker, W. H., Acute Parotitis with Orchitis, Followed by Insanity. Australian Med. Journ. Sept. 2.
25. Baroncini, Luigi, Di alcuni „reperti d'autopsia" in malati di mente. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 537.
26. Derselbe und Sarteschi, U., Ricerche di psicologia individuale nei dementi. Rivista di psicologia applicata. Bd. VI. Imola.
27. Barrett, A. M., Degeneration of Intracellular Neurofibrils with Miliary Gliosis in Psychoses of the Senile Period. Am. Journ. of Insan. LXVII. 503—516.
28. Beaussart, Hallucinations, pseudo-hallucinations, phénomènes autoscopiques. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. III. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
29. Bechterew, W. v., Sur les rapports existant entre maladies nerveuses et mentales. Archives de Neurologie. Vol. I. 9. S. Janv. p. 1.
30. Derselbe und Wladyczko, S., Beiträge zur Methodik der objektiven Untersuchung von Geisteskranken. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 2. p. 87. u. Obosr. psich. No. 10—11.
31. Becker, Wern. H., Ketzergedanken eines Psychiaters. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. H. 8. p. 69.
32. Derselbe, Einige seltenere Krankheitserscheinungen chronisch Geisteskranker. Medico. No. 37. 38.
33. Belajew, K. (cf. Bjelajeff), Über Globulinreaktion Nonne-Apelt. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. (russ.) 11. 1.
34. Belletrud et Froissart, P., Fugues et vagabondage chez un enfant. Revue de Psychiatrie. T. XIV. No. 12. p. 507—514.
35. Beltz, L., Über Liquoruntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Nonne-Apeltschen Reaktion. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenkrankh. Bd. 43. H. 1—2. p. 63.
36. Bendixsohn, Psychosen im russisch-japanischen Kriege. Klin.-therapeut. Wochenschrift. No. 14. p. 361.
37. Benigni, P. F., Le funzioni intestinali negli ammalati di mente studiate coi metodi di Schmidt e Strasburger. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. H. 1—2. p. 226.
38. Bensmann, Richard, Ein Beitrag zur Lehre von der Erblichkeit bei Psychosen und Neurosen. Inaug.-Dissert. Bonn.
39. Berillon, Le dormeur de la Hollande en 1707. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 315. **(Sitzungsbericht.)**
40. Derselbe, La léthargie abstinente du pays de Galles. ibidem. 9. S. Vol. I. p. 316. **(Sitzungsbericht.)**
41. Derselbe, Les perversions de l'instinct, leur role prépondérant dans les maladies mentales. Gaz. des hôpit. No. 145. p. 2080.
42. Beyreis, Otto, Katatonie in Schulen. Inaug.-Dissert. Kiel.
43. Biddle, T. C., Examination of the Insane. Journ. of Kansas Med. Soc. Aug.
44. Bigelow, O. P., A Study of the Cerebro-Spinal Fluid. Amer. Journ. of Insanity. LXVI. 745—748.
45. Binet, A., et Simon, Th., 1. Définition des principaux états mentaux de l'aliénation. 2. L'hystérie. 3. La folie avec conscience. 4. La folie maniaque-dépressive. 5. La folie systématisée. 6. Les démences. 7. L'arriération. 8. Conclusions. L'année psychologique. 16. 61—371. 1910. Paris.
46. Binet-Sanglé, Les phénomènes de circuit interrompu et de court-circuit et pathologie nerveuse et mentale. Revue neurol. 2. S. p. 291. **(Sitzungsbericht.)**
47. Binswanger, Otto, Ueber psychopathische Konstitution und Erziehung. Rede zur akadem. Preisverteilung. Jena.
48. Derselbe und Siemerling, E., Lehrbuch der Psychiatrie. 4. Auflage. Jena. Gustav Fischer.
49. Birnbaum, Karl, Zur Nomenklatur der psychopathischen Grenzzustände. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 24. p. 229.
50. Derselbe, Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. II. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VII. H. 4. p. 404.
51. Derselbe, Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen. Eine psychoanalytische Studie für Aerzte, Pädagogen und gebildete Laien. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
52. Derselbe, Krankhafte Eifersucht und Eifersuchtswahn. Sexual-Probleme. Dez. p. 793.



53. Bjelajeff, K., Zur Globulin-Reaktion (Nonne-Apelt). Korsak. Journ. f. Neur. u. Psych. H. 1.
54. Blackburn, J. W., Atrophy of the Brain in the Insane. Bull. N. 3. Govern. Hosp. for the Insane. Washington. 45.
55. Bolte, Geistesstörung bei Dercumscher Krankheit. Aerztliches Gutachten. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 1. p. 6.
56. Bonhoeffer, K., Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 3. p. 371.
57. Derselbe, Fall von Narkolepsie. Berliner klin. Wochenschr. p. 1250. **(Sitzungsbericht.)**
58. Bonvallet, Contribution à l'étude de l'astenomanie post-apoplectique. Thèse de Paris.
59. Bornstein, A., Über die Lecithinaemie der Geisteskranken. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VI. H. 5. p. 605.
60. Bornstein, Maurycy, Über psychotische Zustände bei Degenerativen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VII. H. 2. p. 127.
61. Bossi, L. M., Turbe psichiche d'origine ginecologica. Riv. internaz. di clin. e terap. VI. 109—113.
62. Böttcher, W., Vergleichende Bemerkungen über die Wassermannsche Originalmethode und die v. Dungernsche Modifikation in bezug auf ihre Brauchbarkeit für die Psychiatrie. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 20—21. p. 191. 201.
63. Bouchaud, Othématome et tumeurs séro-albumineuses du pavillon de l'oreille. Journal de Neurologie. No. 14. p. 281.
64. Bouman, J., Erblichkeitsprobleme. Psych. en Neurol. Bladen. **15.** 28.
65. Boutet, Contribution clinique à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. Thèse de Paris.
66. Bravetta, E., La reazione meiostagminica nelle malattie mentali. Rassegna di studi psich. I. 31—44.
67. Derselbe, Sulle pieghe del cuoio capelluto nei malati di mente. Boll. d. Sc. med.-chir. di Pavia. 1910. XXIV. 498—508.
68. Brenner, J., Beiträge zur Analyse der Psychosen. Gyógyászat. **51.** 663.
69. Bumke, Oswald, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten (Physiologie und Pathologie der Irisbewegungen). 2. vollständige, umgearbeitete Auflage. Jena. G. Fischer.
70. Derselbe, Über nervöse Entartung. Neurol. Centralbl. p. 1270. **(Sitzungsbericht.)**
71. Burr, Charles W., Transitory Mental Confusion and Delirium in Old Age. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 27. p. 2117.
72. Butenko, A. A., Über die Bedeutung der Ehrlichschen Dimethylamidobenzaldehydreaktion in der Klinik der psychiatrischen Krankheiten. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 6. p. 473.
73. Butts, H., Mental Examination of Fifty Recruits Who Become Insane Soon After Enlistment. United States Naval Med. Bulletin. July.
74. Camus, Paul, Hallucinations visuelles et hémianopsie. L'Encéphale. No. 6. p. 521.
75. Candler, J. P., Insanity and Cholelithiasis. Brit. Med. Journal. I. p. 199. **(Sitzungsbericht.)**
76. Cannon, Gertrude L., and Rosanoff, A. J., Preliminary Report of a Study of Heredity in Insanity in the Light of the Mendelian Laws. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. No. 5. p. 272.
77. Cascella, P., Sul valore clinico della diazoreazione di Ehrlich nei malati di mente. Annali di Nevrologia. **29.** 163.
78. Cerletti, Zu einer vergleichenden Psychiatrie. Neurol. Centralbl. p. 1082. **(Sitzungsbericht.)**
79. Derselbe, Die pathologische Anatomie der Demenz. ibidem. p. 1079. **(Sitzungsbericht.)**
80. Charpentier, J., et Jabouille, P., L'ostéomalacie dite des aliénés. Revue critique des observations publiées. L'Encéphale. No. 11. p. 430.
81. Charuel et Haury, Un aliéné en liberté. Revue neurol. 2. S. p. 302. **(Sitzungsbericht.)**
82. Chatelain, Note sur la sidération par la douleur. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. 14. Nov.-Dez. p. 396.
83. Chijs, A. van der, Investigations Concerning the Sensibility to Pain in the Normal and the Insane. Psychiat. en Neurol. Bladen. XV. 132—151.
84. Clouston, T. S., The Diploma in Psychiatry. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 207.
85. Codeceira, A., Descripcão clinica das hallucinacões. Journ. de méd. de Pernambuco. 1910. VI. 107.
86. Cole, Sydney J., The Comparative Anatomy of the Frontal Lobe, and its Bearing upon the Pathology of Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 52.



87. **Colin**, Les aliénés dans l'armée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 251. **(Sitzungsbericht.)**
88. **Collins**, E. Tenison, Notes on Gynaecological Conditions Coincident with Mental Disturbances. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 321.
89. **Consiglio**, Psychiatrische Beobachtungen über 243 geisteskranke Soldaten. Neurol. Centralbl. p. 1082. **(Sitzungsbericht.)**
90. **Cook**, R. H., Relation of the Alienist to the General Practitioner and to the Public. Lancet-Clinic. Nov.
91. **Costantini**, F., Un senile „normale" di 105 anni. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 510.
92. **Cotton**, H. A., and **Ayer**, J. B., The Cytological Study of the Cerebro-spinal Fluid by Alzheimers Method, and its Diagnostic Value in Psychiatry. Collected Papers by the Medical Staff of the New Jersey State Hosp. at Trenton. 1907—1911.
93. Derselbe and **Hammond**, F. S., Cardio-genetic Psychoses, Report of a Case with Autopsy. Am. Journ. of Insan. LXVII. 467—502.
94. **Craig**, M., What is Meant by Insanity? Hospital. XLIX. 603—605.
95. **Cramer**, A., Endogene Attacken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 561. **(Sitzungsbericht.)**
96. Derselbe, Zur Symptomatologie und Therapie der Angst. Vort. u. prakt. Therap. 1910. 3. s. (Heft 11.) 785—804. und Post-Graduate. XXVI. 247—264.
97. **Cuylits**, La définition de la démence. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 114. **(Sitzungsbericht.)**
98. **Damaye**, Henri, Considérations anatomo-pathologiques et pathogéniques sur les maladies mentales. Le Progrès médical. No. 17. p. 209.
99. Derselbe, L'évolution des maladies mentales. Echo méd. du nord. XV. 4—7.
100. Derselbe, La confusion mentale et ses associations. Ann. médico-psychol. 9. S. T. 14. No. 2. p. 251.
101. Derselbe, Délire hypocondriaque anxieux avec idées de négation; méningo-encéphalite chronique et cardiopathie. Arch. de Neurol. 1909. 5 S. Vol. I. p. 232.
102. **Dautheville**, Le „Cafard" ou psychose des pays chauds. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 5.
103. **Davis**, H. A., Insanity in Pennsylvania. Pennsylvania Med. Journ. June.
104. **Dawidenkow**, S., Zur Frage der Echolalie. Psych. d. Gegenwart (russ.) **5. 601.**
105. **Dawson**, W. R., The Presidental Address on the Relation between the Geographical Distribution of Insanity and that of Certain Social and other Conditions in Ireland. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 571.
106. **Deák**, Stephan, Ein Fall von Pyromanie, bedingt durch Ascaris lumbricoides. Orvosi hetilap. No. 32. Ungarisch.
107. **Deny**, La délimination de la Psychiatrie et les psychonévroses. Gazette méd. de Paris. No. 108. p. 265.
108. **Deroubaix**, Définition de la démence. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. p. 112.
109. **Devaux** et **Logre**, Amnésie et fabulation. Etude du syndrome „presbyophrénique". Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 1. p. 90.
110. **Devine**, Henry, The Pathogenesis of Delusion. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 457.
111. Derselbe, Abnormal Mental States Associated with Malignant Disease. ibidem. Vol. LVII. p. 348.
112. **Dide**, Maurice, et **Carras**, Syndrome occipital et symptômes surajoutés. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 141. **(Sitzungsbericht.)**
113. **Dixon**, J. Francis, Some Instances of Sudden Death with Post-mortem Findings. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 486.
114. **Doctobre**, E., Quelques réflexions sur l'étiologie, le traitement de la démence sénile, et sur les modes d'assistance des déments séniles. Thèse de Nancy.
115. **Drapes**, Thomas, The Personal Equitation in Alienism. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 598.
116. **Dreyfus**, Georges L., Ueber die Bedeutung der Aetiologie bei der Beurteilung leichter Depressionszustände. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 20. p. 1063.
117. **Dshawachow**, N., Verlust und Wiederherstellung der Geschmacks- und Geruchsempfindungen bei Geisteskranken. Korsakowsches Journal f. Neuropath. **11.** 303.
118. **Ducosté**, Aliénés inventeurs. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
119. **Dugas** et **Moutier**, F., La dépersonnalisation. Paris. F. Alcan.
120. Dieselben, La dépersonnalisation et la perception extérieure. Journal de Psychol. norm. et pathol. 1910. No. 6. p. 481—498.
121. **Dumas**, G., La contagion mentale. Epidémies mentales, Folies collectives, folies grégaires. Revue philosophique. No. 3. p. 225.



122. Derselbe, Les contagions entre aliénés. Journ. de psychol. norm. et path. 6. 481.
123. Dupain, Une mystique thérapeute. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 306. (Sitzungsbericht.)
124. Dupré, E., L'expertise psychiatrique. Règles générales de l'examen médical. Bulletin médical. 1910. No. 41. p. 475.
125. Derselbe et Logre, Les délires d'imagination. Mythomanie délirante. L'Encéphale. 1. Sem. No. 3—5. p. 209. 337. 430.
126. Dieselben, Les délires d'imagination. Journal de Neurologie. No. 5. p. 81.
127. Erikson, E., Über Beziehungen von Ohrenerkrankungen zu Geistesstörungen. Sammelbuch d. Warschauer Ujasdowschen Militärhosp. 23. 51.
128. Ermakow, J., Quelques remarques sur le vertige voltaïque chez les aliénés et les hémiplégiques. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 78.
129. Esch, Biologische Psychiatrie und Verwandtes. Sammelreferat. Aerztl. Rundschau. No. 16. p. 183.
130. Eskuchen, Karl, Über halbseitige Gesichtshalluzinationen und halbseitige Sehstörungen. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
131. Esmonet, La médecine mentale dans les oeuvres de Courteline. Le Progrès médical. No. 12. p. 149.
132. Esposito, G., L'elemento causale ginecologico nei rapporti delle neuropsicopatie. Riv. ital. di neuropat. IV. 241—251.
133. Essayantz, Benjamin, Psychose et opportunité d'être aliéné. Thèse de Genève.
134. Euzière, Dissociation des réflexes cutanés et tendineux dans les états confusionnels. Montpellier médical. 1910. No. 29.
135. Evensen, Hans, Kritik av degenerationslaeren. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 3. p. 321.
136. Ewart, C. T., Insanity and Amenorrhoea. Brit. Med. Journal. II. p. 1655. (Sitzungsbericht.)
136a. Falciola, M., Contributo allo studio della pressione sanguigina negli alienati. Giornale di psichiatria clinica e Tecnica manicomiale. Jahrgang 38. Ferrara.
137. Famenne, Les états anxieux. Journal de Neurol. No. 23. p. 447. (Sitzungsbericht.)
138. Farez, Paul, Un méryciste avaleur de grenouilles. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 187. (Sitzungsbericht.)
139. Derselbe et Carret, F., Le dormeur Chambéry. Rev. de psychothérap. XXV. 106—109.
140. Farrar, C. B., Documented Delirium; on Autopathography. Amer. Journ. of Insanity. LXVII. 571—586.
141. Ferchmin, P. B., Die sozial-psychiatrische Tätigkeit Prof. S. S. Korsakoffs. Ssowremennaja psichiatrija. Jan./Febr.
142. Ferris, A. W., Rôle of Physicians in Prevention of Insanity. New York State Journ. of Medicine. Sept.
143. Field, D. L., Mental Strain. Medical Fortnightly. July 23.
144. Fillassier, Interprétations délirantes et idées de persécution chez une déséquilibrée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 308. (Sitzungsbericht.)
145. Derselbe, Syndromes obsédants et impulsifs chez un dégénéré. ibidem. 1912. 10. S. Vol. III. p. 55. (Sitzungsbericht.)
146. Fitzgerald, J. G., Immunity in Relation to Psychiatry. Amer. Journ. of Insan. LXVII. 687—703.
147. Foerster, Rudolf, Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 6. p. 321.
148. Forster, E., Über Josephsons Bilder während der Krankheit. Zeitschr. f. bild. Kunst. 175.
149. Fourcade, La constitution émotive. Thèse de Paris.
150. Franca da Rocha, Contribution à l'étude de la folie dans la race noire. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. 14. Nov./Dez. p. 373.
151. Frankhauser, K., Geschwisterpsychosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. V. H. 1. p. 52.
152. Freud, S., Beispiele des Verrats pathogener Phantasien bei Neurotikern. Centralbl. f. Psychoanal. 1910. I. 1—9.
153. Friedjung, Josef K., Die Pathologie des einzigen Kindes. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 6. p. 376.
154. Fry, Frank R., Imperative Pains. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. No. 11. p. 671.
155. Fuchs, Ueber krankhafte Verstimmungszustände. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1890. (Sitzungsbericht.)
156. Fürnrohr, Psychiatrische Anfangsgründe. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 169. (Sitzungsbericht.)



157. Galceran Granes, Psychiatrie ancienne et moderne. Revista frenopatica barcelonesa. Janv.
158. Gallais, Alfred, Surrénalité chronique avec tumeur pigmentaire de l'iris droit et myosis unilatéral droit. Accès périodiques d'asthénie aigue avec hallucinations et d'agitation intellectuelle et kinétique. Revue neurol. No. 12. p. 717.
159. Ganter, Rudolf, Über Lebens- und Krankheitsdauer bei Geisteskranken und einige verwandte Fragen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 1. p. 104.
160. Gardi, Italo, e Prigione, Francesco, Ricerche sperimentali sul meccanismo e sul valore dell'azione antiemolitica esplicata del siero di sangue degli alienati. Rassegna di studi psichiatr. I. 462.
161. Dieselben, Sulla esistenza di anticorpi specifici nei siere di sangue nel liquido cerebrospinale dei malati di mente. Note e riviste di Psichiatria. 4. H. 2.
162. Dieselben, Ricerche sperimentali condotte col metodo del l'esaurimento frazionato. del potere anticorpo degli autisieri al fine di dimostrare la esistenza di principî abnormi specifici nel siero di sangue dei malati di mente (Psicosi maniaco-depressiva e demenza paralitica). Rassegna di studi psichiatrici. Bd. 1.
163. Gatti, S., und Vidoni, Die Anesthesie des Augenballes bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Riforma medica. Bd. XXVI. H. 32.
164. Dieselben, Über die Anomalien und die Hautkrankheiten bei Geisteskranken. Gazzetta medica Lombarda. November 1910. H. 46—47.
165. Genil - Perrin, G., L'idée de dégénérescence dans l'oeuvre de Morel. Revue de Psych. 15. 134.
166. Derselbe, Un exemple d'hérédité congestive. Revue neurol. I. S. p. 405. **(Sitzungsbericht.)**
167. George, J. C., The Role of Functional Conditions in Psychiatry. Ohio State Med. Journal. Febr.
168. Giljarowski, V., Über Gedächtnisstörungen bei einigen Herderkrankungen des Hirns. I. Vers. d. russ. Verb. d. Irrenärzte. Moskau. 4.—11. Sept.
169. Gilmour, Walter, The Wassermann Reaction. A More Reliable Technique. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 28.
170. Girou, Jean, Un cas de psychose post-opératoire. Toulouse méd. p. 38.
171. Glaser, G., Psychiatrische Mitteilungen. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 27. p. 929.
172. Göransson, E., Fall af psykos hos tvillingar. Hygiea. Sept. Bd. 73. p. 1051.
173. Gordon, Alfred, A Case of Topoagnosia. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 555. **(Sitzungsbericht.)**
174. Graves, J. W., Some Causes and Prevention of Insanity and Feeble-Mindedness. Northwest Medicine. Nov.
175. Graziani, Aldo, Ricerche sulle modificazioni citologiche del sangue nelle principali psicosi. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. H. 1—2. p. 156.
176. Greco, Del F., La prevedibilità della condotta negli anormali. Giornale di psichiatria clinica e Tecnica manicomiale. Bd. 38. Ferrara.
177. Guiraud, Paul, Les invalides moraux. Ann. médico-psychol. 9. S. T. XIV. Nov./Dez. p. 399.
178. Haecker, V., Allgemeine Vererbungslehre. Braunschweig. Fr. Vieweg u. Sohn.
179. Halberstadt et Arsimoles, Psychoses séniles et préséniles dans le diabète. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 2. p. 46.
180. Hamel, J., Presbyophrénie et démence sénile. Revue de Psychiatrie. 1910. T. XV. No. 1. p. 2.
181. Hannes, Walther, Zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXVIII. H. 3. p. 689.
182. Derselbe, Bestehen nachweislich Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt zu späterhin auftretenden psychischen und nervösen Störungen? Neurol. Centralbl. No. 18. p. 1035.
183. Hantel, Über die praktische Verwertbarkeit der Nonneschen Reaktion im Liquor cerebrospinalis. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 393. **(Sitzungsbericht.)**
184. Hartenberg, P., Les états anxieux. Bull. Soc. de Méd. ment. de Belgique. p. 282.
185. Haskovec, L., Das nerven- und geisteskranke Kind in der Schule. Eos. Vierteljahrsschrift f. die Erkenntnis u. Behandlung jugendl. Abnormer. H. 2.
186. Derselbe, Das nervöse und geisteskranke Kind in der Schule. Wiener Mediz. Blätter. No. 19. p. 217.
187. Hattle, W. H., Preventive Insanity. Canadian Med. Assoc. Journ. Nov. 1.
188. Haury, La Paresse pathologique. Revue neurol. 2. S. p. 299. **(Sitzungsbericht.)**
189. Haymann, Hermann, Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Referate. Bd. III. H. 7—8. p. 609. 689.



190. Heresuth, K. von, Geistige und moralische Entwicklung der Taubstummen. Eos. VII. 94—100.
191. Herring, A. P., Tread of Modern Psychiatry. West Virginia Med. Journ. Oct.
192. Heym, A., Zur Entstehung der Bewusstseinsstörungen. Neurol. Centralbl. No. 23—24. p. 1357. 1411.
193. Higier, Heinrich, Zur Pathologie der angeborenen familiären und hereditären Krankheiten, speziell der Nerven- und Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 41.
194. Hill, E., A Fatal Case of Dementia Following Cataract Extraction. Ophthalmic Record. Febr.
195. Hoepffner, Ch., Ein Fall phantastischer Erlebnisse im Verlauf einer chronischen Lungentuberkulose. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 5. p. 678.
196. Holmes, B., Laboratory for Psychiatry. Lancet-Clinic. Sept. 2.
197. Horstmann, Über den Zug ins Negative. Neurol. Centralbl. p. 518. **(Sitzungsbericht.)**
198. Hutchinson, R., Insomnia. Clinical Journal. Aug. 9.
199. Isserlin, M., Nachtrag zu meinem Aufsatz: Über die Beurteilung von Bewegungsstörungen bei Geisteskranken (diese Zeitschrift **3.** 511. 1910). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 4. p. 616.
200. Jakowenko, W. S., Eine psychische Epidemie auf religiösem Boden in dem Ananjeffschen und Tiraspolschen Kreise des Chenssonschen Gouvernements. Ssowremennaja Psichiatrija. März/April.
201. Janssens, G., Ein Fall von Alzheimerscher Krankheit. Psych. en neurol. Bladen. **15.** 363.
202. Jaspers, Karl, Die Trugwahrnehmungen. **Kritisches Referat.** Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. **Referate.** Bd. IV. H. 4. p. 289.
203. Jeffrey, George Rutherford, On the Mechanism of Mental Processes, with Special Reference to Emotional Control. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 85.
204. Jeliffe, Smith Ely, Notes on the History of Psychiatry. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1—4. p. 141. 297. 478. 649.
205. Jennicke, Eugen, Zur Bestimmung des Hirngewichtes bei Geisteskranken. Mit Literaturzusammenstellung. Psych. - neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 29. p. 289.
206. Jentsch, Ernst, Über die Agilität. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 28 bis 30. p. 283. 292. 303.
207. Jermakow, J., Blutuntersuchungen bei einigen Formen von Geistesstörung. Korsakoffsches Journal f. Neuropathol. (russ.) **10.** 1035.
208. Jolly, Ph., Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 2. p. 792.
209. Derselbe, Zur Prognose der Puerperalpsychosen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 130.
210. Jones, E., The Pathology of Morbid Anxiety. Journ. Abnorm. Psychol. VI. 81—106.
211. Derselbe, The Relationship Between Dreams and Psychoneurotic Symptoms. The Amer. Journ. of Insanity. **68.** 57.
212. Juliusburger, Zur sozialen Bedeutung der Psychiatrie. Medizinische Reform. No. 23.
213. Juquelier, Cinquante ans de délire mystique sans démence. Revue de Psychiatrie. p. 84.
214. Juschtschenko, A. J., Untersuchung der fermentativen Prozesse bei Geisteskranken. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 8. H. 2. p. 153.
215. Derselbe, Biologische Untersuchungen bei Geisteskranken. Russ. Arzt. **10.** 861.
216. Jüttner, Beobachtungsergebnisse an Grenzzuständen aus Armee und Marine. Dtsch. Militärärztl. Zeitschr. H. 18. p. 705.
217. Kamal, Mohamed Samy, L'anorexie mentale. Thèse de Lyon.
218. Kellogg, T. H., Automatism in Insanity. New York Med. Journ. July 15.
219. Keniston, J. M., Certain Disturbances of Thought. Amer. Journ. of Insanity. LXVII. 774—781.
220. Derselbe, The Diagnosis of Insanity. Proc. Conn. M. Soc. 103—125.
221. Kerr, Legrand, Diagnostic Significance of Disturbances of Consciousness in Childhood. The Amer. Journ. of Obstetrics. June. p. 1118.
222. Klein, S. R., Die pathologischen Beziehungen des Urins zu Gehirn- und Nervenkrankheiten. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. 13—14. p. 141. 151.
223. Kleist, Die klinische Stellung der Militärpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 109. **(Sitzungsbericht.)**
224. Derselbe, Über Störungen der Rede bei Geisteskranken. Neurol. Centralbl. p. 698. **(Sitzungsbericht.)**



225. Klepper, Georg, Die Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen, speziell aus den Assoziationen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI. H. 1. p. 1.
226. Klieneberger, Otto L., Zur differentialdiagnostischen Bedeutung der Lumbalpunktion und der Serodiagnostik. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 264.
227. Koch, Hans Wolfgang, Psychosen bei Carcinomkachexie. Inaug.-Dissert. Kiel.
228. Köhler, F., Tuberkulose und Psyche. Medizin. Klinik. No. 47. p. 1808.
229. Körte, Somatische Medizin und Psychologie in der Psychiatrie. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. Bd. XV. p. 1.
230. Kozowski, A. D., Zur Pathologie des Delirium acutum. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 415.
231. Kraepelin, 1. Fall von Alzheimerscher Krankheit. 2. Fall von lobärer Sklerose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 114. (Sitzungsbericht.)
232. Kreuser, Ueber psychopathische Degeneration. Mediz. Corresp.-Blatt d. Württ. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 46—48. p. 745. 761. 773.
233. Kronfeld, Die Nonnesche Globulinreaktion. Neurol. Centralbl. p. 885. (Sitzungsbericht.)
234. Ladame, Ch., Les cellules de Betz dans les maladies mentales. L'Encéphale. No. 6. p. 532.
235. Lafora, Gonzalo R., Beitrag zur Kenntnis der Alzheimerschen Krankheit oder präsenilen Demenz mit Herdsymptomen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI. H. 1. p. 15.
236. Lagriffe, Lucien, Contribution à l'étude du rôle des méningites dans certaines affections mentales. La Presse médicale. No. 51. p. 537.
237. Langstein, Neuropathische Säuglinge. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3. p. 186. (Sitzungsbericht.)
238. Laurès, Gaston, Confusion mentale et démence. Archives de médecine navale. No. 3. p. 191—201.
239. Le Comte, A., Oesophagitis exfoliativa sive dissecans superficialis (?). Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55 (2) 1438.
240. Le Dentu, Les psychoses chirurgicales d'origine infectieuse; la stupeur primitive des opérés. Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris. T. LXVI. No. 39. p. 245.
241. Legrain, Les folies à éclipse. Essai sur le rôle subsconscient dans la folie. Paris. 1910. Bloud et Cie.
242. Leiber, Hans, Ein Fall von psychischer Störung katatonischer Färbung im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis. Inaug.-Dissert. Kiel.
243. Leroy et Capgras, Symbolisme dans une psychose interprétative. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 34. (Sitzungsbericht.)
244. Le Savoureux, H., Une observation d'hérédité polymorphe. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 50.
245. Lewandowsky, M., Psychische Störungen. Handbuch d. Neurol. 1910. I. 1237 bis 1248.
246. Liepmann, H., Ueber Wernickes Einfluss auf die klinische Psychiatrie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXX. H. 1. p. 1.
247. Ljass, S., Automatismus ambulatorius. Revue f. Psych. (russ.) 16. 71.
248. Loewe, Siegfried, Über den Phosphorstoffwechsel bei Psychosen und Neurosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 2. p. 250.
249. Derselbe, Über den Phosphorstoffwechsel bei Psychosen und Neurosen. 2. Mitteilung. ibidem. Bd. V. H. 4. p. 445.
250. Longworth, Stephen G., Blood Pressure in Mental Disorders. Brit. Med. Journal. I. p. 1366.
251. Löwy, Max, Über eine Unruheerscheinung: Die Halluzination des Anrufes mit dem eigenen Namen (ohne und mit Beobachtungswahn). Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. XXXIII.
252. Ludwig, Johannes, Psychose und Erysipelas. Inaug.-Dissert. Kiel.
253. Lugaro, Ernesto, Malattie e sindromi nella psichiatria d'oggi. Torino. Vincenzo Bona.
254. Lwoff et Sérieux, Sur quelques moyens de contrainte aux aliénés au Maroc. Revue de Psychiatrie. XV. 185—189.
255. Maass, Siegfried, Über den Restkohlenstoff des Blutes bei Psychosen und Neurosen. Vorläufige Mitteilung. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 8. H. 2. p. 176.
256. Mac-Auliffe, Marie, A., et Thooris, Résultats des mensurations comparées de 100 soldats et de 100 aliénés épileptiques ou idiots. Bull. de la Soc. d'Anthropol. de Paris. 1910. VIe S. T. I. fasc. 4/5. p. 307.
257. Mac Donald, F., Hints for the General Practitioner on the Nature, Etiology and Early Diagnosis of Insanity. Medical Record. Vol. 79. No. 1. p. 3.



258. Maiano, Die Halluzination „monococoscienti". Neurol. Centralbl. p. 1082. **(Sitzungsbericht.)**
259. Mairet, Contribution à l'étude iconographique des maladies mentales. Thèse de Bordeaux.
260. Major, Gustav, Die Ideenassoziation der angeborenen Defektpsychosen. Prager Mediz. Wochenschr. No. 38. p. 491.
261. Derselbe, Die psychopathische Konstitution. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 17. p. 181.
262. Maladies mentales — Commission internationale pour l'étude des causes des maladies mentales et leur prophylaxie. L'assistance. No. 1. p. 3.
263. Mallet, Contribution à l'étude anatomique des démences. La démence neuro-épithéliale. Thèse de Paris.
264. Marchand, L., Confusion mentale aiguë et ataxie aiguë. Gaz. des hopitaux. p. 591. **(Sitzungsbericht.)**
265. Margaria, C., I caratteri degenerativi somatici nei frenastenici. Ann. di freniat. 1910. XX. 249—258.
266. Derselbe, La psicosi nuziale; casi clinici e considerazioni. ibidem. 259—272.
267. Marie, A., Faits relatifs à l'étude anatomo-clinique des hallucinations latéralisées. Arch. de Neurol. 9. S. T. I. p. 86.
268. Derselbe et Mac Auliffe, Mensurations comparées d'individus des deux sexes, appartenant à la population des asiles d'aliénés, et d'hommes et femmes dits normaux. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 152. No. 6. p. 332.
269. Dieselben, Anomalies des dimensions des oreilles chez les aliénés. ibidem. T. 152. No. 10. p. 619.
270. Marshall, R. M., Periodic Attacks of Excitement and Depression in the Chronic Insane. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 74.
271. May, J. V., Modern Trend of Psychiatry. Interstate Med. Journal. Nov.
272. Mayer, Narkolepsie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2157.
273. Mayer, E. E., Case Illustrating So-Called Demon Possession. Journ. of Abnormal Psychol. VI. No. 4.
274. Meinikoff - Raswedenkoff, N. F., Aus den Erinnerungen an S. S. Korsakoff als Universitäts- und Kommunalarbeiter. Ssowremennaja Psichiatrija. Jan./Febr.
275. Mestre, Aristides, Estigmas fisicos de degeneración en un enagenado. Rev. méd. cubana. XVIII. 262—266.
276. Meyer, E., Klinische Demonstrationen mit Vorträgen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie. Zeitschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte. 1910. No. 11. u. No. 1—3.
277. Derselbe, Die Puerperalpsychosen. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 2. p. 459.
278. Mayer, Gustav, Ueber Zwangsvorstellungen nebst Mitteilung von 2 Fällen. Inaug.-Dissert. Kiel.
279. Mignon et Raffegeau, Asthme et psychoses. Revue neurol. 2. S. p. 297. **(Sitzungsbericht.)**
280. Mikulski, Ant., Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. IV. H. 3. p. 235.
281. Mitchell, John K., Postoperative and Postanesthetic Neurasthenias and Psychoses. The Amer. Journ. of the Medical Sciences. Vol. CXLII. No. 1. p. 1.
282. Mitchell, S. Weir, Sleep Symptoms and the Predormitium. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 550. **(Sitzungsbericht.)**
283. Moerchen, Friedrich, Die psychiatrische Diagnose geistiger Störung und deren Beurteilung nach dem „gesunden Menschenverstand". Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 41. p. 385.
284. Mondio, Guglielmo, Anomalie del circolo arterioso de Willis in 50 alienati. Riv. ital. di Neuropat. Vol. II. fasc. 5.
285. Derselbe, La confusione mentale traumatica. Gazz. med. lombarda. No. 19. p. 181. u. Boll. delle cliniche. No. 2. p. 75.
286. Montanari, A., Deficienze mentali e sindromi o forme psicopatiche. Note e riv. di psichiat. 3. s. IV. 3—7.
287. Moore, J. S., Suggestions Toward A Logical Classification of Mental Disorders. Amer. Journ. of Insan. LXVII. 619—636.
288. Morgan, James Dudley, Psychoses of Child-Bearing. Medical Record. Vol. 79. No. 14. p. 623.
289. Morton, Hugh, Biochemical Examination of the Cerebro-spinal Fluid in Cases of Mental Disease. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 1.
290. Mott, F. W., A Lecture on Heredity and Insanity. The Lancet. I. p. 1251.
291. Derselbe, Presidental Address: The Inborn Factors of Nervous and Mental Disease. Brain. Vol. 34. p. 73. — Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Neurol. Section. p. 1.



292. **Mould**, G. E., Heredity in Insanity. Med. Mag. XX. 343—349.
293. **Mugdan**, Franz, Periodizität und periodische Geistesstörungen. Samml. zwangl. Abh. aus d. Geb. d. Nerven- und Geisteskrankh. Bd. IX. H. 4. Halle. C. Marhold.
294. **Munro**, W. T., Clinical Aspects of Some Varieties of Excitement. The Lancet. I. p. 801.
295. **Münzer**, Arthur, Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Neurolog. Centralbl. No. 15. p. 851.
296. **Muratow**, W., Klinische Übersicht der Greisenpsychosen im Zusammenhang mit der Lehre von der späten Katatonie. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.). **10.** 1325.
297. **Näcke**, P., Einfluss von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf einer vorher schon bestehenden chronischen Psychose, sowie das eigene Verhalten dieser Generationsvorgänge. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 1. p. 1..
298. **Naschar**, J. L., Senile Debility. Medical Record. Vol. 79. No. 3. p. 105.
299. **Naville**, François, Contribution à l'étude de l'aliénation mentale dans l'armée suisse et dans les armées étrangères. Etude clinique, statistique et de prophylaxie. Thèse de Genève.
300. **Noack**, Ueber retardierte Amnesie. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 276—281.
301. **Nobécourt**, P., et **Darré**, H., Rhumatisme cérébral à forme de confusion mentale aigue. Bull. de la Soc. de Pédiatrie. Nov.
302. **Norman**, Hubert J., Witchcraft, Demoniacal Possession and Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 475.
303. **O'Brien**, J. D., Some Factors in the Etiology of the Insanities. The Cleveland Med. Journal. Oct. p. 846.
304. **O'Neill**, Edward D., Case of Melanotic Alveolar Sarcoma of Liver, Characterised by Rapidity of Growth and Abnormal Weight. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 112.
305. **Ormea**, A. d', Lo studio somatico delle malattie mentali. Rassegna di Studi Psichiatrici. 1. fasc. 6. p. 535.
306. **Overbeck**, Heinrich, Zur prognostischen Beurteilung des Stupors bei Katatonie. Inaug.-Dissert. Kiel.
307. **Pactet**, Les aliénés dans l'armée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 306. **(Sitzungsbericht.)**
308. **Parhon**, C., et **Dan**, G., Note sur la formule leucocytaire chez les aliénés. Revue neurol. 2. S. p. 301. **(Sitzungsbericht.)**
309. Derselbe et **Urechia**, C., Contribution casuistique à l'étude de la polydactylie chez les aliénés. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtr. No. 5. p. 391.
310. **Partridge**, H. G., Puerperal Insanity. Providence Med. Journ. March.
311. **Paul-Boncour**, G., Sur la nature et le pronostic des terreurs nocturnes. La Pathologie infantile. **8.** 1.
312. **Pellizzi**, G. B., und **Sarteschi**, V., Le manifestazioni di emilateralità, omo- ed eterolaterali nelle deficienze mentali di origine meningitica semplice con o senza accessi convulsivi. Annali di freniatria e scienze affini del R. Manicomio di Torino. Bd. XX. Heft 1.
313. **Perrens**, Hallucinations volontaires de la vue. L'Encéphale. No. 2. p. 161.
314. **Perusini**, G., Über klinische und histologische eigenartige psychische Erkrankungen des späteren Lebensalters. Histol. u. histopath. Arb. über die Grosshirnrinde. Jena. 1909/10. III. 297—358.
315. **Pianetta**, Cesare, L'affolamento nei manicomi non è espressione di un aumento della follia. Riv. di Neuropatol. Vol. IV. fasc. 3. p. 113—124.
316. **Pick**, A., Les troubles psychopathiques des modes de l'expression. (Langage et écriture). Archives de Neurologie. 9. S. Vol. I. No. 3—4. p. 137. 216.
317. Derselbe, Zur Lehre von den Störungen des Realitätsurteils bezüglich der Aussenwelt; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Selbstbewusstsein. Zeitschr. f. Pathopsychol. **1.** 67.
318. **Pick**, Friedel, Über Vererbung von Krankheiten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 32.
319. **Picqué**, L., Accès maniaque chez une femme nouvellement accouchée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 305. **(Sitzungsbericht.)**
320. Derselbe, **Faux** cénestopathes. Considérations sur l'origine périphérique de certains délires. Revue neurol. I. S. p. 656. **(Sitzungsbericht.)**
321. Derselbe, Puerperal Psychoses. Obstétrique. No. 7. p. 663—728.
322. Derselbe, Les psychoses chirurgicales d'origine infectieuse; la stupeur primitive des opérés. Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris. T. LXVI. No. 39. p. 245.
323. **Pighini**, Giacomo, Über die Menge Cholesterins und Oxycholesterins des Serums bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 5. p. 629.
324. **Pilcz**, A., Über psychopathische Grenzzustände bei Kindern. Oesterr. Vierteljahrsschr. f. Gesundheitspfl. 1910. I. 359—364.
325. **Piquemal** et **Gay**, Déformation crânienne double observée chez un dément sénile. Toulouse méd. 2. s. XIII. 56—59.



326. Placzek, Dämmerzustände und Bahndienst. Zeitschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte. No. 8.
327. Plaut, Felix, The Wasserman Sero-Diagnosis of Syphilis in its Application to Psychiatry. Translated by Smith Ely Jelliffe and Louis Cassamajor. N. York.
328. Porot, Curieux tic des machoires chez une dégénérée. Tunésie médicale. T. I. No. 3. p. 124.
329. Prager, Joseph Julius, Experimenteller Beitrag zur Psychopathologie der Merkfähigkeitsstörungen. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. H. 1/2. p. 1.
330. Prince, Morton, The Mechanism of Recurrend Psychopathic States, with Special Reference to Anxiety States. The Journ. of Abnormal Psychol. **6.** 135.
331. Räuber, Geisteskrankheit nach Entziehung der Invalidenrente. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. Heft 2. p. 25.
332. Raviart et Lorthiois, De l'automutilation. A propos de quelques cas inédits. Echo méd. du Nord. No. 1—3. p. 1. 13. 29.
333. Régis, E., La phase de reveil du délire onirique. L'Encéphale. No. 5. p. 409.
334. Rémond, A., et Voivenel, Paul. Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale. L'Encéphale. No. 2. p. 113.
335. Dieselben, Note clinique sur une dégénéré. Toulouse med. 2. s. XIII. 93—96.
336. Report of the Committee of the American Neurological Association. Appointed to Inquire the Occurrence of Mental Disease Among Persons Employed by Transportation Companies, Made to the Association at the Meeting in Washington. May. 1910. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. No. 4. p. 227.
337. Revault d'Allonnes G., L'affaiblissement intellectuel chez les déments. Thèse de Paris. — Paris. Félix Alcan.
338. Révész, Béla, Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren. Beihefte z. Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. Beiheft 5.
339. Rhein, J. H. W., Postoperative Psychoses. Pennsylvania Med. Journ. Sept.
340. Ribbert, Hugo, Ueber Vererbung. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1009.
341. Riklin, V., Aus der Analyse einer Zwangsneurose. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. 1910. II. 246—311.
342. Rinne, Ernst, Ein Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins. Wiener klin. Rundschau. No. 3—6. p. 39. 53. 71. 89.
343. Robinson, G. W., The Forms of Insanity. Med. Council. 1910. XV. 7. 89. 130. 278. 315. 347.
344. Robinson, R. H., Insanity. Dominion Med. Monthly. June.
345. Rodriguez, Mendez, Sobre impulsivos vulgares. Rev. frenopát. españ. IX. 33—38.
346. Rohde, Max. Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXX. H. 4.—6. p. 272. 384. 519.
347. Romeo, P., Secondamento artificiale e psicopatia in puerperio. Gazz. degli Ospedali. No. 64.
348. Römer, Hans, Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. Ein psychiatrisch-statistischer Vorschlag. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 10. p. 94.
349. Derselbe, Zur Methode der psychiatrischen Ursachenforschung. Neurol. Centralbl. p. 1269. **(Sitzungsbericht.)**
350. Roncoroni, L., Le malattie mentali dell'età involutiva. Ann. di freniat. 1910. XX. 225—238.
351. Derselbe. L'entità cliniche e la diagnosi in clinica psichiatria. Rivista di patologia nervosa e mentale. Bd. XVI. Heft VI. Florenz.
352. Rosanoff, A. J., The Prevention of Insanity: Hygiene of the Mind. Medical Record. Vol. 79. No. 19. p. 854.
353. Derselbe and Orr, Florence J., A Study of Heredity in Insanity in the Light of the Mendelian Theory. The Amer. Journ. of Insanity. Vol. LXVIII. No. 4. Oct.
354. Rosenberg, Maximilian, Über gewisse Regelmässigkeiten der Perseveration. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 8. H. 2. p. 123.
355. Ross, Charles James, The Presence in Blood Sera of Substances which Have a Activating or Inhibitory Effect on the Haemolytic Properties of Cobra Venom. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 34.
356. Rossi, L. M., e Strofeni, L., Turbe psichiche d'origine ginecologica. Riforma medica. XXVII. No. 12.
357. Roubinovitch, J., Aliénés et anormaux. Paris. Félix Alcan.
358. Derselbe, Comment pratique-t-on l'examen direct d'une personne présumée aliénée. Bulletin médical. No. 54. p. 603.
359. Derselbe and Paillard, H., Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. Gaz. des hôpitaux. No. 17. p. 237. No. 20. p. 285.



360. Dieselben, Lumbar Puncture in the Psychoses. The Alienist and Neurol. Vol. XXXII. No. 1. p. 1.
361. Rouby, De la presbyophrénie. Thèse de Paris.
362. Rucker, S. T., Anxiety Neurosis. Charlotte Med. Journ. 1910. LXII. 385.
363. Rüdin, E., Einige Wege und Ziele der Familienforschung, mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VII. H. 5. p. 487.
364. Rudnew, W., Über Halluzinationen und Pseudohalluzinationen. Neurol. Bote (russ.). **18.** 856. (665).
365. Runge, W., Die Generationspsychosen des Weibes. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 2. p. 545.
366. Rybakow, Th., Fall von periodischem Wanderzustand. Korsakowsches Journ. f. Neuropath. (russ.). **11.** 28.
367. Derselbe, Ein Fall von pseudologia phantastica infantilis. Korsak. Journ.
368. Sacerdote, Anselmo, Contributo allo studio delle fughe dei ragazzi. Ann. di Freniatria. 1910. Vol. XX. fasc. 3. p. 239—248.
369. Sanborn, B. P., Some Data in Reference to Insanity in the Rural Districts. Med. Progress. XXVI. 55—58.
370. Sanchez-Herrero, Abdon, Un excentrique. Arch. españoles de Neurol. 1910. T. I. No. 7. p. 227—255.
371. Sanctis, S. de, Frenastenici e anormali psichici. Riv. ospedal. I. 409—421.
372. Sarteschi, U., Contributo all'istologia patologica della presbiofrenia. Riv. sperim. di Freniatria. 1909. Vol. 35. fasc. II—III.
373. Savage, G. H., A Lecture on Mental Disorders and Suicide. The Lancet. I. p. 1334.
374. Derselbe, On Insanity and Marriage. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 97.
375. Derselbe, Morbid Mental Growths. Medical Press and Circular. May 3.
376. Schermers, D., Über Krankheitsfurcht oder Nosophobie. Geneesk. Courant. **65.** 130.
377. Schnitzler, J. G., Zur Abgrenzung der sog. Alzheimerschen Krankheit. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. VII. H. 1. p. 34.
378. Schölberg, H. A., and Goodall, Edwin, On the Wassermann Reaction in 172 Cases of Mental Disorder (Cardiff City Mental Hospital) and 66 Control Cases, Syphilitic and other (chiefly from Cardiff Infirmary) with Historical Survey for the Years 1906—10, inclusive: Comments and Conclusions. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 218.
379. Scholz, L., Anomale Kinder. Berlin. S. Karger.
380. Schütz, O., Die Presbyophrenie und ihre angebliche pathologisch-anatomische Grundlage. Neurol. Centralbl. p. 1342. **(Sitzungsbericht.)**
381. Searcy, J. T., Increase of Insanity. Southern Med. Journal. May.
382. Segaloff, T., Die biologische Bedeutung der Ekstase. Zeitschr. f. Psychotherapie. **3.** 289.
383. Séglas, J., et Collin, A., Emotion-choc. Psychose confusionnelle. La Presse médicale. No. 9. p. 81.
384. Derselbe et Logre, Délire hypocondriaque, torticolis mental, tics multiples. Aspect parkinsonnien. Revue neurol. I. No. 1. p. 3.
385. Sewell, W. T., and Colin, Mc Dowall, A Report upon the Bacteriological Investigation of the Blood in Fifty Cases of Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 661.
386. Shick, M. M., Pathologic Anatomy of Amentia. Womans Med. Journ. Nov.
387. Sidis, B., Fear, Anxiety and Psychopathic Maladies. Journ. Abnorm. Psychol. VI. 107—125.
388. Derselbe, Fundamental States in Psychoneurosis. ibidem. V. 320—327.
389. Sikorsky, Sur la confusion mentale. Archives de Neurologie. 9. S. Vol. I. Mai. p. 273.
390. Simchowicz, T., Histologische Studien über die senile Demenz. Histol. u. histopath. Arb. über d. Grosshirnrinde. IV. 267—444.
391. Simonelli, G., Il potere antitriptico del siero di sangue in alcune malattie mentali. Riv. di patol. nerv. XVI. 143—161.
392. Skliar, N. J., Ueber Zwangshallucinationen. Russ. mediz. Rundschau. No. 12. p. 399.
393. Snell, Otto, Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1910. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Literaturheft zu Bd. LXVIII.
394. Sobolewsky, A., Die psychiatrischen Verhältnisse in den österreichisch-ungarischen, deutschen und französischen Armeen. Neurol. Bote. (russ.) **18.** 128. (454).
395. Sommer, Genealogie und Vererbungslehre vom psychiatrischen Standpunkt. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 38. p. 1733.
396. Derselbe, Zur Frage einer psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 4. p. 31.



397. Sorner, E. de, Etudes sur la circulation sanguine des aliénés; influence du traitement au lit sur les vaisseaux splanchniques et sur le fonctionnement du coeur. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. p. 131.
398. Soum et Teyssieu, de, Sur un cas d'hallucination cinématographique. Journ. de méd. de Bordeaux. XLI. 425.
399. Spire, A., Psychose puerpérale. Revue méd. de l'Est. p. 289—297.
400. Spirtow, J., Zur Frage des Blutdrucks bei Geisteskranken. Revue f. Psych. (russ.) **16.** 608.
401. Stanford, R. V., The Production of Indigo in the Human Organism. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 291.
402. Derselbe, The Need for Chemistry in the Investigation of Mental Disease. Brit. Med. Journal. II. p. 746. **(Sitzungsbericht.)**
403. Stansfield, T. E. K., Heredity and Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 55.
404. Stedman, H. R., Popular Fallacies About Insanity. Boston Med. and Surg. Journ. March. 23.
405. Stein, George, Grund-Schema der Geisteskrankheiten. Zusammengestellt nach den Vorträgen von J. Wagner von Jauregg. 6 Tabellen. Wien. J. Safar.
406. Steinitz, Georg, Über Vererbung. Allg. Wiener Mediz. Zeitung. No. **16.** p. 175.
407. Stertz, Georg, Über periodisches Schwanken der Hirnfunktion. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 199.
408. Steward, Sidney J., On Mental Inspection in Schools. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 669.
409. Stier, Ewald, Die Bedeutung der Psychiatrie für den Kulturfortschritt. Akademische Antrittsvorlesung. Jena. G. Fischer.
410. Stöcker, Fall von halluzinatorischer Psychose bei einem an spinaler Muskelatrophie leidenden 34jährigen Manne. Berl. klin. Wochenschr. p. 1252. **(Sitzungsbericht.)**
411. Stoner, A. P., Surgical Psychoses with Report of Two Cases Following Operations. Jowa Med. Annals. Nov.
412. Stransky, Erwin, Unilaterales Gedankenecho. Ein Beitrag zur Lehre von den Halluzinationen. Neurol. Centralbl. No. 21. p. 1230.
413. Derselbe, Pseudohalluzinationen bei Schwerhörigkeit. Wiener klin. Wochenschr. p. 187. **(Sitzungsbericht.)**
414. Stroemer, Alfred, Beitrag zur Lehre von den postoporativen Psychosen. Inaug.-Dissert. Kiel.
415. Suckling, C. W., Nephroptosis: its Effect upon the Nervous System, with Special Reference to Insanity. Medical Record. Vol. 80. p. 1206. **(Sitzungsbericht.)**
416. Suizu, Nobuharu, Der diagnostische Wert der Wassermannschen Reaktion in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Neurologia. Bd. II. p. 48.
417. Sztanojevits, Lazar, Ueber die Ursachen der während des Militärdienstes vorkommenden Geisteskrankheiten und Selbstmorde. Pester mediz.-chir. Presse. No. 8—9. p. 59. 68.
418. Tamburini, Über den Zusammenhang zwischen Zivilisation und Geisteskrankheiten. Medizin. Klinik. No. **6.** p. 211.
419. Thésy, De la psychiatrie d'urgence. Thèse de Paris.
420. Thoma, E., Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 5. p. 699.
421. Tintemann, W., Beobachtungen über Zuckerausscheidungen bei Geisteskranken. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 4. p. 294.
422. Tissot, F., Automutilateur piqueur stéréotypé. Revue neurol. 2. S. p. 300. **(Sitzungsbericht.)**
423. Torren, J. van der, Symptome beginnender Psychose. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **55. (2.)** 353.
424. Toulouse et Mignard, L'autoconduction et les maladies mentales. Revue de Psychiatrie. Sept.
425. Travaglino, P. H. M., Woord nieuwoormingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Tweede Heft. No. 23. **55.** (II.) 1725.
426. Derselbe, Glycosurie bij krankzinnigheid. ibidem. I. 481—489.
427. Trömner, E., Über motorische Schlafstörungen (speziell Schlaftic, Somnambulismus, Enuresis nocturna). Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 2. p. 228.
428. Truelle, V., et Bessière, René, Recherches sur la presbyophrénie. L'Encéphale. No. **6.** p. 505.
429. Tutyschkin, P., Lokalisationsschema der psychischen Funktionen und Differentialdiagnose geistiger Störungen, die durch Herderkrankungen des Grosshirns hervorgerufen werden. Korsakowsches Journ. f. Neurolpathol. (russ.) **11.** 555.



430. Vaudeleau, Bongars de, Maladies mentales professionelles. Thèse de Toulouse. 1910.
431. Vedrani, A., Presbiofrenia e Sphaerotrichia cerebri multiplex di Fischer. Quaderni di psichiat. I. 1—12.
432. Derselbe, Attualità scientifiche e pratiche; dove si ritorna con Kraepelin in l'argomento delle psicosi presenili. Boll. d. Manicomi. 1910. II. 4—6. No. 11.
433. Verlac, Les idées délirantes religieuses. Thèse de Toulouse. 1910.
434. Vidoni, E., Anthropometrische Studien über 300 Geisteskranke von Treviso (Italien) und Umgebung. 1910.
435. Vignolo-Lutati, Carlo, Intorno ad alcuni casi di „tricotillomania". Il Morgagni. Parte I. No. 2.
436. Vigouroux, Un débile simulateur. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 106. **(Sitzungsbericht.)**
437. Derselbe et Prince, Un cas d'hydrocéphalie interne avec épendymite réticulée chez un malade délirant porteur d'un rein tuberculeux. Bull. Soc. anat. de Paris. 6. S. T. XIII. No. 9. p. 686.
438. Dieselben, Auto-mutilations chez les aliénés. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 105. **(Sitzungsbericht.)**
439. Vinchon, Délires des enfants. Contribution à l'étude clinique et pronostique. Thèse de Paris.
440. Vix, Psychiatrisch-neurologische Untersuchungen an Schlafkranken in Deutsch-Ostafrika. Neurol. Centralbl. p. 1269. **(Sitzungsbericht.)**
441. Voivenel, Sur deux cas de confusion mentale suivis de guérison. Toulouse méd. 1910. 2. s. XII. 390—395.
442. Derselbe et Sauvage, Deux cas de confusion mentale suivis de guérison. ibidem. 1910. p. 390.
443. Vorkastner, Über Halluzinose bei erhaltener Krankheitseinsicht und die Frage der peripherischen Aktivierung komplizierterer Halluzinationen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 292.
444. Wagner, v. Jauregg und Stein, George, Grund-Schema der Geisteskrankheiten. Wien-Leipzig. Josef Šafár.
445. Walker, W. K., The Artefacts of Insanity. Pennsylvania Med. Journ. May.
446. Wallis, R. L. Mackenzie, Metabolism in the Insane. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 327.
447. Wassermeyer, Psychiatrie und Neurologie. **Sammelreferat.** Medizin. Klinik. No. 11. p. 421.
448. Werelius, Axel, and Rydin, C. G., Goiter Among the Insane. A Study Based on an Examination of 4184 Patients. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 6. p. 449.
449. Westphal, Hans, Geisteskrankheiten und Jahreszeiten. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
450. Wetzel, Zur Diagnose von Stuporen. Neurol. Centralbl. p. 886. **(Sitzungsbericht.)**
451. White, E. Barton, and Scholberg, H. A., Pituitary and Supra-renal Growths in a Case of Insanity. The Journ. of Mental Science. Vol. LVII. p. 18.
452. White, W. A., Preventive Principles in the Field of Mental Medicine. J. Am. Publ. Health Ass. I. 82—89.
453. Derselbe, The New Functional Psychiatry. Arch. of Diagn. 1910. III. 323—339.
454. Derselbe, Borderland Between Internal Medicine and Psychiatry. Washington Med. Annals. Sept.
455. Wiersma, E., Bewusstseinszustände und Pulskurven. (Vortrag.) Psych. en Neurol. Bladen. **15.** 499.
456. Wines, Frederick Howard, Studies in Heredity-Inbreeding. The Alienist and Neurol. Vol. 32. No. 4. p. 593.
457. Wladytschko, S., Experimentelle Serumanaphylaxie und ihre Bedeutung für Neuropathologie und Psychiatrie. Revue f. Psych. (russ.) **49.** 597.
458. Derselbe, Eine Tabelle geometrischer Figuren zur Untersuchung der Denkfähigkeit Nerven- und Geisteskranker. Wjestn. Psychol.
459. Wolff, Senile Demenz. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. Mediz. Wochenschr. p. 1823.
460. Wollenberg, Einweihung der Psychiatrischen- und Nervenklinik. Strassburger Mediz. Zeitung. No. 11. p. 223.
461. Wolter, Rudolf, Zur Lehre von den menstrualen Psychosen. Inaug.-Dissert. Kiel.
462. Würdemann, H. V., Mental Disturbances Following Operations and Accidents to Eyes and Responsability of Physician as Regards Prognosis in Serious Cases. Ophthalmology. Oct.
463. Yawger, N. S., Colloid Bodies in the Central Nervous System: Their Presence After Severe Traumatism in a Case of Dementia Paretica. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 38. No. 3. p. 158.
464. Young, A. D., Some Disorders of Sleep. Journ. of the Oklahama State Med. Assoc. Febr.



465. Ziehen, Th., Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin. S. Karger.
466. Derselbe, Die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen und die öffentliche Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder. Berlin. S. Karger.
467. Derselbe, Psychiatrie. 4. vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig. S. Hirzel.
468. Derselbe, Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 247—255.
469. Zingerle, H., Die psychiatrischen Aufgaben des praktischen Arztes. Jena. Gustav Fischer.
470. Ziveri, Alberto, Contributo clinico allo studio dell'amenza e stati affini. Rassegna di Studi psichiatr. Vol. I. fasc. 2. p. 121.

Ballet (20) tritt in einem Vortrage dem vielfach zu beobachtenden Bestreben, das Gebiet der Psychiatrie zu beschneiden, entgegen und betont, daß man diese Tendenz unter allen Umständen bekämpfen müsse. Die Psychiatrie umfaßt alle geistigen Störungen, mögen sie auf Grund materieller Gehirnveränderungen auftreten oder mögen sie dem Anschein nach rein funktioneller Natur sein; die Rücksicht auf Klinik, Diagnose und Behandlung begründen diese Auffassung, denn man wird Fehldiagnosen ausgesetzt sein, sobald man nicht das ganze gesamte Gebiet der geistigen Störungen beherrscht. Dieser Standpunkt muß um so mehr und um so nachdrücklicher gewahrt werden, als von autoritativer Seite und aus dem Kreise von Fachgenossen heraus neuerdings versucht wird, ihn zu erschüttern, indem man gewisse funktionelle Störungen, als nicht in das Gebiet der Psychiatrie gehörig, von dieser abtrennen will.

Sommer (396) sucht die Bedenken zurückzuweisen, die von der Petitionskommission des Reichstages seinem Vorschlage, dem Reichsgesundheitsamt eine psychiatrische Abteilung anzugliedern, entgegengesetzt wurden. Er führt aus, daß vom Standpunkt der allgemeinen Naturwissenschaften kein Grund gegen die Angliederung von klinischen Abteilungen an das Reichsgesundheitsamt vorhanden sei, daß auf keinem der sonst in Betracht kommenden medizinischen Gebiete ein gleich großes Bedürfnis nach einer derartigen Einrichtung vorhanden sei wie bei der Psychiatrie, und daß eine Zentralisation der psychiatrischen Forschung dabei keineswegs beabsichtigt oder zu befürchten sei, wie denn ja auch die jetzt vorhandenen biologischen Institute des Reichsgesundheitsamts keineswegs eine wissenschaftliche Führerstelle haben sollten. Sommer schlägt vor: 1. eine Abteilung für Statistik und Anstaltswesen, 2. eine klinische Abteilung, besonders für Versuchsmethoden und Ursachenforschung, 3. eine Abteilung für forensische Psychiatrie und Aufklärung irrtümlicher Mitteilungen in der Tagespresse, 4. eine Abteilung für Vererbungslehre und psychische Hygiene. Ev. könne man die zweite Abteilung, an der sich die Kommission besonders gestoßen habe, wohl fortlassen; zu empfehlen sei dies sicherlich nicht. Der Grundgedanke seiner Vorschläge sei durch die Petitionskommission nicht widerlegt oder verneint.

Drapes (115) plädiert mit Hinblick auf die große Rolle, die die „persönliche Gleichung" in der Psychiatrie spiele, dafür von einer Klassifikation ganz abzusehen. Von der Tatsache ausgehend, daß gleiche Ursachen oft recht verschiedene Wirkungen haben, leugnet er das Vorhandensein einheitlicher Krankheitsformen. Es gibt nur eine Geisteskrankheit, in die aller „symptomatologischer und terminologischer Ballast" restlos aufgeht. In längeren, nicht uninteressanten, aber vom psychiatrischen Standpunkte aus völlig unfruchtbaren Erörterungen bekämpft Verf. die Theorien des psychischen Kausalismus und Parallelismus und bekennt sich als Verfechter der materialistischen Auffassung psychischer Prozesse als einer Form der Elektrizität. In der Theorie von der Identität alles Materiellen und Immateriellen,



Organischen und Unorganischen erblickt er die Brücke, die zur Vereinigung theologischer und naturwissenschaftlicher Weltanschauung führen wird.

Stein (405): Übersichtliches Schema, zum Teil in Übereinstimmung mit den Anschauungen von Mendel und Ziehen. (*Sossinka.*)

Juliusburger (212) bespricht die bekannten Anfeindungen, denen z. Z. ganz besonders die Psychiater ausgesetzt sind. Er erhoffte durch die vorgeschlagenen neuen Bestimmungen im Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuch zum Teil Besserung, bespricht in zustimmendem Sinne die Bestrebungen des sogenannten Pollardsystems (Erlaß der Strafe bei Vergehen auf alkoholischer Grundlage gegen Abstinenzverpflichtung) und tritt für Prohibitivmaßregeln hinsichtlich der Fortpflanzungsmöglichkeit von phychopathischen, degenerierten Individuen ein. (*Sossinka.*)

Alzheimer (12) plädiert für die Errichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt, entsprechend den Vorschlägen von Sommer, um eine Zentralstelle zu schaffen, in der auch die Ursachen und Gesetze der Degeneration erforscht werden können, gegebenenfalls neben statistischen Erhebungen auch durch ergänzende experimentelle Untersuchungen. (*Bendix.*)

Alter (10) hat eine Statistik der Geisteskrankheiten für den Bereich des Fürstentums Lippe aus zwei Zeitpunkten ermitteln können, die mehr als 100 Jahre auseinanderliegen; und zwar handelt es sich um Feststellungen aus den Jahren 1804/05 und aus den Jahren 1908/09. Das wesentliche Ergebnis faßt Alter dahin zusammen, daß im Bereiche des Fürstentums Lippe für den Zeitraum des letzten Jahrhunderts eine Vermehrung stattgefunden hat, die das gleichzeitige Wachstum der Bevölkerung um das Dreifache übertrifft. Besonders zeigt das männliche Geschlecht eine wesentliche Beteiligung an der Zunahme, wahrscheinlich infolge der schwereren Lebens- und Erwerbsbedingungen. Zu einem Teil, etwa 20%, erklärt sich das Anwachsen der geisteskranken Bevölkerung aus der größeren Anstaltsfürsorge. Eine wirkliche Zunahme der Geisteskrankheiten ist nur in einem Verhältnis nachweisbar, das 1,8 mal so groß ist, wie die gleichzeitige Zunahme der Bevölkerung. Der Typus der Geisteskrankheiten hat sich in den letzten 100 Jahren nicht verändert, auch die Beziehungen zwischen Lebensalter und geistiger Erkrankung scheinen sich nicht wesentlich verändert zu haben. (*Bendix.*)

Heym (192) faßt seine Betrachtungen über die Entstehung der Bewußtseinsstörungen dahin zusammen, daß das Bewußtsein das Produkt der ununterbrochenen und gemeinsamen Arbeit von Hirnrinde und Thalamus opticus ist. Ist einer dieser beiden Hauptteile des Gehirns in seiner Funktion verändert, so treten auch Änderungen in dem Bewußtsein auf. Die Funktion des Sehhügels wird durch die Zerebrospinalflüssigkeit beeinflußt, die normalerweise stimulierend wirkt. Bei Veränderung der Zerebrospinalflüssigkeit tritt auch eine Änderung in der Funktion des Thalamus opticus ein, die in einer totalen oder partiellen Lähmung der Ganglienzellen des Sehhügels gipfelt. Ist aber der Thalamus opticus gelähmt, so tritt Verlust des Bewußtseins ein. Die Hirnrinde ist auch bei Lähmung des Thalamus imstande, Bewegungsvorgänge auszulösen, jedoch gehen diese ohne Bewußtsein vor sich. (*Bendix.*)

Brenner (68) bespricht in einer sehr langen Abhandlung die allgemeine Psychologie der Psychosen und hauptsächlich die abnormen Reflexfunktionen des „Ich"-Komplexes. — Ferner bespricht Verf. die Krankengeschichte einer hysteroparanoischen Kranken. — Die ganze Abhandlung ist nicht referierbar. (*Hudovernig.*)



Tamburini (418) legt dar, wie die verschiedensten Einwirkungen der modernen Zivilisation von schädigendem Einfluß auf das Nervensystem der Menschen sind, und wie bei diesen so bereits geschädigten Individuen, insonderheit durch den Alkoholmißbrauch und die Luesinfektion, es zur Ausbildung der anscheinend in starker Zunahme begriffenen verschiedenen geistigen Erkrankungen kommt. (*Sossinka.*)

Dawson (105) hat Untersuchungen über die Beziehungen der Geisteskrankheit zu sozialen Verhältnissen in Irland nach geographischen Gesichtspunkten angestellt und kommt zu folgenden Resultaten:

Geisteskrankheit überwiegt in den ländlichen Teilen Irlands und zeigt enge Beziehungen zu der Armenpflege, die ebenfalls in ländlichen Distrikten vorherrscht; geringe Beziehungen zur Auswanderungsziffer, zum Vorherrschen der Kriminalität und des chronischen Alkoholismus, soweit die Statistik des letzteren verwertbar ist. Keine nennenswerte Beziehungen sind ersichtlich zwischen Geisteskrankheit und Bevölkerungsdichte, Sterbeziffer und Trunkenheit. Die Zahl der dem Alkohol zugeschriebenen Geistesstörungen ist gering, und ihre Verteilung steht in keiner Beziehung zu der von Trunkenheit.

Die Armenpflege in Irland hat nur geringe Beziehungen zur Armut, zum Bodenwert und zur Auswanderung. Die Kriminalität überwiegt wie in England und Wales in den großen Städten, während Trunksucht im Gegensatz zum Kontinent in den ländlichen Bezirken vorherrscht.

Rüdin (363) kommt in der umfangreichen, mit reichhaltiger Literaturangabe versehenen Abhandlung zu folgenden Forderungen: 1. Es gilt, die Schäden aufzudecken, welche Entartung neu schaffen. 2. Jene Schäden zu eruieren, welche krankhafte Anlagen manifest werden lassen können. 3. Die Erbfolge von Defekten und Krankheitsanlagen festzustellen, welche gesetzmäßig und von äußeren Einflüssen günstiger oder ungünstiger Art fast ganz oder ganz unabhängig vor sich geht, und der daher nur durch geschlechtliche Zuchtwahl (Personalauslese) zu begegnen ist. (*Sossinka.*)

Die vortrefflichen und scharfsinnigen Auseinandersetzungen **d'Ormea's** (305) über die Einreihung einzelner Symptomkomplexe der Psychiatrie in die einen oder andern der von Kraepelin aufgestellten klinischen Einheiten, welche die Hauptbestrebung der Forscher in den letzten Jahren gewesen ist, haben zu keinen praktisch verwertbaren Resultaten geführt, geschweige die Frage über das Wesen der einzelnen Krankheiten gelöst oder mindestens aufgeklärt. Im ganzen genommen, stellen sie meistens nur ein dialektisches Wortspiel dar.

Nach Verf. Meinung wäre es wünschenswert, diesen anscheinend sterilen Weg zu verlassen, um die Bestrebungen der Forscher auf das Studium der echten Ursachen resp. der Pathogenese der Geisteskrankheiten zu richten. — Das systematische Aufsuchen des Wirkungsmechanismus, der pathogenen Ursachen und der der Geisteskrankheiten zugrunde liegenden Organerkrankungen ist allein imstande, uns Aufschlüsse über das Wesen und die Behandlung der einzelnen Erkrankungen zu geben, während die Untersuchungen über die Prädisposition und die statistischen Feststellungen, über die sogenannten Ursachen des Irreseins keine rechten Fortschritte zu hoffen erlauben. Der aussichtsreichste, in der inneren Medizin schon so lohnend begangene Weg stellt die biochemische Untersuchung des Geisteskranken dar, wobei nur kleine, klinisch leicht begrenzbare Gruppen berücksichtigt werden sollen. (*Audenino.*)

Inauguralrede zu seinen Vorlesungen in der Turiner Universität (an Stelle Lombrosos).



Lugaro (253) bespricht die charakteristischsten psychischen Krankheitsbilder und die Daten und Kriterien, auf welche sich ihre Aufstellung stützt. Er erwähnt besonders die Erörterungen, welche die beiden letzten Bilder betreffen: Dementia praecox und manisch-depressives Irresein.

Auf die Phase der Unifizierung folgt nun diejenige der Zerteilung.

Während der letzten Jahre wurden auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie bedeutende Fortschritte gemacht. Verf. hält jedoch die Behauptung Nissls, daß bei allen Psychosen Rindenläsionen vorliegen, nicht für gerechtfertigt. Diese Behauptung beruht auf irrtümlicher Deutung von Befunden. Bewiesen ist der Begriff funktioneller Störungen.

Verf. hält ebenfalls die Hoffnungen für übertrieben, welche Alzheimer auf die histochemische Untersuchung der von ihm als Abbauprodukte bezeichneten Substanzen setzt, und welche höchstwahrscheinlich nicht alle ein Erzeugnis eines reinen Zerfalls sind. Es müssen alle Organe des Irren untersucht werden. (*Audenino.*)

Sommer (395) betont das Bedürfnis eines methodischen Zusammenwirkens zwischen Genealogen und Naturforschern und die Notwendigkeit, dieses Zusammenarbeiten der beiden Disziplinen durch gegenseitige Berührung und Beeinflussung auf dem Mittelgebiete der Genealogie und Vererbungslehre zu fördern. Um die qualitative Beschaffenheit der Vererbungsvorgänge zu erforschen, ist es notwendig, die allgemeine genealogische Zeichenlehre, wie sie sich im Laufe der modernen Familienforschung entwickelt hat, auf bestimmte Probleme anzuwenden, deren Untersuchung sich auf folgende vier Gruppen bezieht:

1. Vererbung normaler Eigenschaften,

a) morphologischer, b) physiologischer, c) psychologischer.

2. Vererbung pathologischer Eigenschaften,

a) in der körperlichen Sphäre, b) in der geistigen Sphäre, und zwar sind bei a) und b) zu betrachten 1. angeborene, 2. später ausbrechende, 3. periodische Erscheinungen.

3. Vererbung sozial schädlicher Eigenschaften,

a) körperlicher, b) geistiger. (Auf letztere Gruppe bezieht sich in wesentlichen Punkten die neuere Kriminalpsychologie.)

4. Entstehung genialer Eigenschaften durch Vererbung und Kreuzung überwertiger Grundfähigkeiten.

Römer (348) schlägt die Aufstellung und Führung einer zentralen Stammliste aller zur Kenntnis der Behörden kommenden Fällen von Geisteskrankheit innerhalb eines Territoriums (Provinz, Bundesstaat) vor. Der Autor erhofft, daß durch diese Maßnahme die Frage nach der Zunahme der Geisteskranken und die Erblichkeitsforschung wesentlich gefördert werde. (*Sossinka.*)

Mott (291) berichtet ausführlich über die Resultate seiner Hereditätsforschung, die zum größten Teil an anderer Stelle bereits behandelt sind. Er weist unter anderem auf die Bedeutung des melancholisch-hypochondrischen Charakters (Melancholietemperament) als der ersten Stufe im Entartungsprozeß hin. Häufig werden bei so veranlagten Individuen ungewöhnliche Fähigkeiten angetroffen. Besonders eingehend behandelt Verf. die „regression to the normal“ und die „law of anticipation“, die Mittel, die die Natur benutzt, um ein Geschlecht dem gesunden Durchschnitt näher oder zum Aussterben zu bringen. Ferner weist er auf das Bestehen von Vererbungskreisen für das manisch-depressive Irresein, die Paranoia und die Dem. praecox hin und streift den Einfluß der Rasse auf die Vererbung.



Cannon und **Rosanoff** (76) haben Untersuchungen angestellt, die den Nachweis erbringen sollten, daß die neuropathische Anlage sich entsprechend dem Mendelschen Gesetze vererbt, gemäß dem sie auf das Fehlen eines Determinanten im Keimplasma zurückzuführen ist, der für das normale Funktionieren des nervösen Apparates erforderlich ist.

Die einstweiligen Ergebnisse der zunächst an einem kleinen Material angestellten Untersuchungen sind folgende:

1. Beide Eltern neuropathisch — alle Kinder neuropathisch.

2. Eines der Eltern gesund und einseitig belastet, das andere neuropathisch — Kinder zur Hälfte neuropathisch, zur Hälfte gesund und fähig, die krankhafte Anlage auf die Nachkommenschaft zu übertragen.

3. Eines der Eltern gesund und nicht belastet, das andeue neuropathisch — alle Kinder gesund und fähig, die Anlage zu übertragen.

4. Beide Eltern gesund und einseitig belastet — ein Viertel der Kinder gesund und zur Übertragung unfähig, zwei Viertel gesund und zur Übertragung fähig und ein Viertel neuropathisch.

5. Eines der Eltern gesund und einseitig, das andere gesund und nicht belastet — alle Kinder gesund, zur Hälfte fähig, zur Hälfte unfähig, die Anlage zu übertragen.

6. Beide Eltern gesund und nicht belastet — alle Kinder gesund und zur Übertragung unfähig.

Higier (193) hat in seiner Arbeit über die Pathologie der angeborenen, familiären und hereditären Krankheiten, speziell der Nerven- und Geisteskrankheiten die Frage der Heredität in den Vordergrund seiner Betrachtungen gezogen und auf die Bedeutung der Organe mit innerer Sekretion für die Beurteilung der konstitutionellen bei der Entstehung der Nervenkrankheiten hingewiesen. Von der Hereditätsfrage ist aber streng zu trennen die sogenannte Prädisposition, die nur eine höhere Vulnerabilität darstellt und eines äußeren Anlasses bedarf, um manifest zu werden. Die hereditären Krankheiten besitzen eine angeborene Anlage, deren pathogener Faktor nach Möbius exogen oder endogen während des intrauterinen Lebens eingewirkt hat. Weiter beschäftigt sich Higier eingehend mit den Vererbungstypen und der Vererbungsregel und mit der potenzierten Heredität bei Kindern blutsverwandter Eltern. Nicht die Blutsverwandtschaft als solche, sondern die homologe Belastung beider Eltern oder ihrer Aszendenten bedingt die Entartung ihrer Nachkommenschaft. Higier führt die wichtigsten organischen heredo-familiären Nervenkrankheiten an und geht auf seine eigenen Klassifikationsversuche näher ein und auf die Einteilungsprinzipien von Gowers, Massalongo und Raymond. In weiteren Kapiteln finden die angegebenen familiären und hereditären Gehirnkrankheiten, besonders die Idiotie, ausführliche Besprechung, ferner die angeborenen, familären Muskel- und Nervenerkrankungen und kongenitalen Muskeldefekte, dann die angeborenen, familiären und hereditären Rückenmarks- und Kleinhirnerkrankungen. Nachdem Higier noch die angeborene, familiäre und hereditäre Tabes, Paralyse und Taboparalyse eingehend erörtert hat und die konstitutionellen, hereditären und familiären Psychosen und Neuropsychosen bezüglich der Frage nach Kongenitalität und Heredofamiliarität untersucht hat, spricht er über die allgemeine Prognose und Prophylaxe der hereditär-familiären Leiden und endlich über die allgemeine Therapie der Heredodegeneration, besonders hinsichtlich der Psychopathien des kindlichen und jugendlichen Alters.

Rosanoff und **Orr** (353) haben die vorher von Cannon und Rosanoff mitgeteilten Resultate bestätigt. Die neuropathische Anlage vererbt sich



demnach in der Tat wie eine latente (rezessive) Arteigenschaft im Mendelschen Sinne. Die Verff. kamen außerdem zu folgenden Schlußfolgerungen:

Manche klinischen Manifestationen der neuropathischen Anlage lassen deutlich erkennen, daß sie sich zueinander verhalten wie Arteigenschaften, die sich in mehr oder minder hohem Grade in der Latenz befinden. Heilbare Psychosen sind dominierend bezogen auf Epilepsie und dieser verwandte Zustände.

Manche andere Manifestationen sind als „neuropathische Äquivalente" aufzufassen, d. h., sie sind in gleich hohem Grade latent, variieren nur rein äußerlich infolge der Verschiedenheit der Umgebung, der Persönlichkeit usw.

Alle neuropathischen Kinder, die von gesunden und einseitig belasteten Eltern stammen, können theoretisch nur äquivalente Defekte haben. Aus solchen Verbindungen wurden nachgewiesen:

1. Gleichartige Erkrankungen bei Geschwistern.

2. Psychose bei einem, charakteristische psychopathische Charakteranlage bei den andern Geschwistern (z. B. manisch-depressives Irresein = manischer Charakter).

3. Psychose bei einem, klinisch aufeinander beziehbare Symptome bei den übrigen Geschwistern. Besonders häufig wurde angetroffen: Dementia praecox = Krämpfe in der Kindheit. (Nach Kraepelin kommen zirka 18% der Fälle von Dementia praecox epileptiforme Anfälle vor.)

4. Psychosen, deren klinische Beziehungen nicht bekannt sind: Senile Demenz = hysteriforme Psychosen.

Ungefähr 30% der Gesamtbevölkerung tragen, ohne selbst neuropathisch zu sein, die neuropathische Anlage von den Vorfahren her in sich und sind fähig, sie auf ihre Nachkommen zu übertragen.

Stansfield (403) hat nachgewiesen, daß von 3697 Fällen, die im London County Asylum zu Bexley zur Beobachtung kamen, und in denen eine Familienanamnese erhältlich war, in 44,76% Familienmitglieder an Geisteskrankheiten litten bzw. solche überstanden hatten oder geistesschwach waren, außerdem war in weiteren 7% der Fälle Belastung durch Alkoholismus der Eltern nachweisbar. Es wurden beobachtet:

Erkrankungen von	Vater und Sohn	50 Fälle
„ „	Vater und Tochter	56 „
„ „	Mutter und Sohn	34 „
„ „	„ „ Tochter	77 „
„ „	Brüdern	49 „
„ „	„ und Schwestern	69 „
„ „	Schwestern	69 „
„ „	Vater, 2 Söhnen und 1 Tochter	1 Fall
„ „	„ 3 „ „ 1 „	1 „
„ „	Vater, Mutter und Sohn	1 „
„ „	Vater, Mutter, Sohn und Tochter	1 „
„ „	3 Brüdern und 2 Schwestern	1 „
„ „	Vater und 2 Söhnen	6 Fälle
„ „	Mutter und 2 Söhnen	5 „
„ „	Mutter und 3 Söhnen	3 „
„ „	2 Brüdern und 1 Schwester	3 „
„ „	4 Brüdern	1 Fall
„ „	3 Brüdern	7 Fälle.

Berücksichtigt sind dabei nur Fälle von ausgesprochener „offizieller" Geisteskrankheit. Die Form der Geisteskrankheit bei Geschwistern bzw. Eltern und Kindern bezeichnet Verf. als häufig fast lächerlich identisch.



Der Einfluß äußerer Umstände auf die Erzeugung von Geisteskrankheit wird als sehr gering veranschlagt. Größerer Wohlstand, soziale Gesetzgebung, humanitäre Einrichtungen brachten keine Verringerung der Zahl des Geisteskranken, im Gegenteil eine Vermehrung. Es gibt nur ein Mittel, die Geisteskrankheit wirksam zu bekämpfen, das ist Sterilisierung der zur Fortpflanzung Ungeeigneten.

Die Schlußsätze des letzten der von **Mott** (290) im Januar und Februar 1911 gehaltenen sechs Vorträge über Heredität lauten:

1. Erbliche Anlage ist der wichtigste Faktor bei der Entstehung von Geisteskrankheit, Imbezillität und Epilepsie.

2. Erziehung und anderen äußeren Einflüssen kommt nur auxiliäre Bedeutung zu.

3. Alkohol ist ein mächtiger Koeffizient, aber an sich nicht die Hauptursache bei der Entstehung von Geisteskrankheit. Bei Alkoholisten läßt sich als eigentliche Ursache der Krankheit eine vererbte geistige Schwäche (Mental instability) fast stets nachweisen.

4. Gleichartig vererben sich vorwiegend manisch-depressives Irresein, chronische Paranoia und Epilepsie. In der Regel geschieht die Vererbung von Geisteskrankheit ungleichartig.

5. Mütter übertragen Geisteskrankheit und Epilepsie häufiger als Väter und mit Vorliebe auf Töchter.

6. Die jüngere Generation erkrankt in früherem Lebensalter als die ältere. Über die Hälfte der geisteskranken Nachkommenschaft geisteskranker Erzeuger sind Idioten, Imbezille oder haben ihren ersten Anfall in der Pubertät. In einer großen Anzahl der Fälle ist der Ausgang der Pubertätspsychose Demenz. Sehr selten erkrankt eines der Eltern vor der Nachkommenschaft. Es handelt sich hierbei um eines der wichtigsten Vererbungsgesetze, dessen sich die Natur bedient, um einen kranken Stamm zum Erlöschen zu bringen. (Dieses Gesetz („law of anticipation") hat schon im Jahre 1859 Morel entdeckt, dessen Werke leider nicht genügend bekannt sind.)

7. Neben der „Antizipation" dient dem Zwecke, krankhafte Elemente im Stamm zum Erlöschen zu bringen, die Tendenz der „Regression zum normalen Durchschnitt" durch Heirat Belasteter mit Zugehörigen gesunder Geschlechter.

8. Die humanitären Bestrebungen arbeiten der Tendenz der Natur, die im Kampf ums Dasein die minderwertigen Elemente eliminieren will, direkt entgegen. Es überleben nicht mehr nur die vollwertigen; sondern auch hochgradig Imbezille, chronische Alkoholisten, Neurastheniker und Psychopathen finden günstige Bedingungen, stets von neuem belastete Geschlechter zu erzeugen.

9. Die periodischen Formen der Geisteskrankheit spielen als Ursache der Heredität die Hauptrolle. In ihren freien Intervallen erzeugen periodisch Kranke ein Geschlecht von irrsinnigen und antisozialen Individuen, die der Armenpflege zur Last fallen.

10. Die Natur zeigt stets die Tendenz der Regression zum normalen Durchschnitt, und nur relativ wenige Sprößlinge eines Geschlechtes sind geisteskrank. Ein Stamm mit einem Anfang psychopathischer Veranlagung ist, wenn sie mit Genialität verbunden ist, nicht schlecht. Das gleiche gilt für Nationen. Aber eben nur einen Hauch von Genialität und Psychopathie können wir brauchen; die große Menge der Nation soll von gutem normalem Durchschnitt sein, denn die Nation wird als Siegerin aus dem Kampf ums Dasein hervorgehen, die die größte Anzahl gesunder, mit Mut, Ehrenhaftigkeit, gesundem Menschenverstand, Familiensinn und Rassenstolz begabter Männer und Frauen aufweist.



Steinitz (406): Dem vorliegenden allgemeinen Teil der Arbeit soll ein zweiter Teil folgen, welcher die für die menschliche Biologie und Pathologie in Betracht kommenden Vererbungstatsachen ausführlicher darlegt. (*Sossinka.*)

Die Ausführungen **Ribbert**'s (340) führen zu nachfolgender Zusammenfassung: Vererbbare pathologische Veränderungen des Körpers müssen zuerst an Keimzellen, nicht an ausgebildeten Individuen aufgetreten sein. Denn eine Übertragung der von letzteren erworbenen pathologischen und sonstigen Eigenschaften auf die Keime und damit eine Vererbung dieser Eigenschaften gibt es nicht. Alle in der Phylogenese auftretenden vererbbaren Variationen, die zur Bildung neuer Arten führen, entstehen von innen heraus, nicht durch äußere Einflüsse, die ja niemals etwas Neues schaffen, sondern nur auf Individuum und Keim auslösend einwirken können. Auslese und Anpassung kommen für die Entwicklung der organischen Welt lediglich als unterstützende Faktoren in Betracht.

Savage (374) will Eheschließungen chronisch und periodisch Geisteskranker, Epileptiker und moralisch Schwachsinniger verboten wissen. Er warnt davor, Heirat als Heilmittel zu empfehlen. Auch bei Hysterischen ist davon nur selten Vorteil, sehr häufig aber schwere Schädigung zu erwarten.

In der Diskussion des vor der British Medical Association gehaltenen Vortrags wurde darauf hingewiesen, daß die Kenntnis der mannigfachen Faktoren, die bei der Vererbung eine Rolle spielen, noch lange nicht ausreicht, um gesetzgeberische Maßnahmen zu rechtfertigen. Dagegen wurde eine strengere Isolierung schwachsinniger Kinder zur Verhütung der Fortpflanzung von mehreren Diskussionsrednern als äußerst wünschenswert bezeichnet. (Gemeint ist Internierung in Anstalten. Wenn diese Maßnahme in vielen Fällen wohl auch durchaus zweckmäßig ist, so ist sie doch im Prinzip zu verwerfen, da sie den heilpädagogischen Bestrebungen, die aus Schwachsinnigen noch nützliche Glieder der menschlichen Gesellschaft machen wollen, zuwiderläuft. Hier helfen also nur gesetzgeberische Maßnahmen.)

Franca de la Roca (150) teilt seine Erfahrungen über Geisteskrankheiten der schwarzen Rasse auf Grund von 285 in Brasilien von ihm beobachteten Fällen mit. Er fand unter dem weiblichen Geschlecht mehr Demente als unter den Männern. Im allgemeinen traten dieselben Krankheitsformen auf, wie bei den Weißen; 41 Frauen und 38 Männer litten an periodischer Geisteskrankheit, manisch-depressivem Irresein, 4 Männer und eine Frau an Melancholie, 32 Frauen und 27 Männer an Dementia praecox. Sehr selten war das progressive systematisierte Delirium (Magnan). 6 Männer und 2 Frauen hatten Paranoiasymptome, reine Paranoia war sehr selten. Epilepsie war sehr häufig, 15 mal bei Männern und 18 mal bei Frauen. Alkoholismus wurde bei 13 Männern und 16 Frauen beobachtet. Dementia paralytica wurde nur einmal bei Männern und einmal bei einer Frau gefunden. 7 Männer und 20 Frauen waren imbezill, 1 Mann und 4 Frauen idiotisch. 3 Männer hatten moralisches Irresein und ein Fall stellte sich als Intoxikationspsychose infolge Insuffizienz der Schilddrüse dar. (*Bendix.*)

Révész (338) hatte durch höchst bemerkenswerte anthropologische Studien und weite Reisen Gelegenheit, bei verschiedenen Völkern biologische und pathologische Beobachtungen anzustellen und die diesbezügliche Literatur zu studieren. Das Resultat dieser Studien ist seine ausführliche, höchst wertvolle Arbeit über rassenpsychiatrische Erfahrungen und ihre Lehre. Révész hat sich der verdienstvollen großen Mühe unterzogen, besonders die Frage nach der Beteiligung der Völkerschaften an einer und derselben Geisteskrankheit zu erörtern. Die Arbeit Révész soll dazu beitragen, die



Probleme einer Rassenpsychiatrie zu lösen, und zwar hinsichtlich der Ätiologie (anthropologische Eigenschaften oder physisches Milieu), der Symptomatologie und der Spezifizität von Geisteskrankheiten gewisser ethnischer Gruppen. Révész fand, daß es weder ubiquitäre noch für einzelne ethnische Gruppen spezifische Psychosen und Neurosen gibt. So kommt Paralyse, Tabes, Alkoholismus, Chorea nicht überall vor, obgleich die ätiologischen Faktoren dieser Krankheiten bei den betreffenden Völkern vorhanden sind. Spezifische Psychosen gewisser Völker scheinen aber nicht zu existieren, bis auf die Neurasthenia solaris für den Kaukasus und Koro für Celebes. Révész hebt hervor, daß Germanen mehr zur Melancholie und Manie neigen; bei Slawen überwiegen manische Zustände an Häufigkeit die depressiven. Juden neigen viel mehr als Christen zu Psychosen und Neurosen. In der Gruppe der Neurasthenie und Hysterie stehen sie an erster Stelle. Bei Negern wurde am häufigsten Manie beobachtet. (*Bendix.*)

Die Untersuchungen **Frankhauser**'s (151) über Geschwisterpsychosen haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Unter 28 Geschwisterpsychosen, die alle der Dementia praecox-Gruppe angehören, sind nur fünf völlig ungleichartige zu verzeichnen, die sich aber möglicherweise noch im Sinne der Gleichartigkeit entwickeln werden. Daraus folgt, daß bei Geschwistern, die an Dementia praecox erkrankt sind, eine ausgesprochene Tendenz besteht, auch bezüglich der Unterarten gleichartig zu erkranken.

2. Die Fälle von manisch-depressivem Irresein zeigen gleichfalls die Tendenz, sich bezüglich der Unterarten gleichartig zu entwickeln.

3. Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox sind daher trotz der Mannigfaltigkeit der Zustandsformen als einheitliche Krankheitsformen aufzufassen. Der Umstand, daß kein manisch-depressives Irresein sich in einer Geschwisterpsychose mit einer Dementia praecox paart, spricht dafür, daß es zwei von Grund aus verschiedene Krankheitsformen sind. Schärfer formuliert: Die erbliche Disposition zum manisch-depressiven Irresein schließt die zu Dementia praecox aus und umgekehrt.

4. Auch bei den Spätdemenzen ist die Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen bezüglich der Unterarten eine ausgesprochene. In einem Fall paart sich eine Spätmelancholie mit einer paranoidkatatonen Spätdemenz, was für die innere Verwandtschaft der Rückbildungsmelancholie mit den übrigen Rückbildungspsychosen und gegen eine solche mit dem manisch-depressiven Irresein spricht.

5. Aus der Tatsache, daß sich in keinem der Fälle eine Spätdemenz mit einer Frühdemenz paarte, geht hervor, daß die Disposition zu der einen Erkrankung die zu der anderen ausschließt.

6. Bei Heredität von seiten des Vaters scheinen mehr die Töchter, bei solcher von seiten der Mutter mehr die Söhne gefährdet zu sein, was der üblichen Anschauung entspricht, daß die Töchter mehr dem Vater, die Söhne mehr der Mutter gleichen.

7. Der Einfluß des Vaters scheint bei der Vererbung im allgemeinen mächtiger zu wirken als derjenige der Mutter. Auch bei den gemischtgeschlechtigen Geschwisterpsychosen überwiegt der Einfluß des Vaters den der Mutter bei weitem.

8. Da die Anzahl der gemischtgeschlechtigen Geschwisterpsychosen, bei denen zuerst der männliche Vertreter erkrankt, größer ist (9) als die der eingeschlechtigen männlichen (4), so ist die Wahrscheinlichkeit, daß, wenn ein Bruder erkrankt ist, eine Schwester erkrankt, eine größere als die, daß wiederum ein Bruder erkrankt.



9. Bei der Erkrankung einer Schwester aber ist die Wahrscheinlichkeit, daß wiederum eine Schwester erkrankt, eine größere, da hier 19 Fälle von gleichgeschlechtigen 8 gemischtgeschlechtige, bei denen zuerst der weibliche Vertreter erkrankt, gegenüberstehen.

10. In den gemischtgeschlechtigen Fällen scheinen ebensoviel männliche Vertreter (9) wie weibliche (8) zuerst zu erkranken.

11. Sind zwei Brüder oder zwei Schwestern erkrankt, so scheint die Wahrscheinlichkeit, daß wiederum eines der gleichgeschlechtigen Geschwister erkrankt, die größere zu sein.

12. Die jüngeren Geschwister erkranken meist früher als die älteren. Die Schwere der Belastung zeigt also eine Abhängigkeit auch vom Alter der Eltern.

Der Verf. weist selbst darauf hin, daß die erzielten Resultate keineswegs als einwandfrei gelten können, da das vorliegende Material viel zu klein sei. Es muß ferner darauf hingewiesen werden, daß die Zugehörigkeit einiger als manisch-depressives Irresein diagnostizierter Fälle zu dieser Gruppe zum mindesten als zweifelhaft erscheinen muß. Gehören sie aber zur Dementia praecox-Gruppe, so ist damit der Satz, daß die erbliche Anlage zum manisch-depressiven Irresein die zur Dementia praecox ausschließt, hinfällig; oder der Satz ist richtig, und sämtliche vom Verf. als manisch-depressives Irresein beschriebenen Fälle sind nichts anderes als manisch-depressive Verlaufsarten der Dementia praecox, eine Gruppe, in die Urstein neuerdings die Mehrzahl der bisher als manisch-depressives Irresein anerkannten Psychosen aufgenommen hat.

Göransson (172) berichtet über eine Psychose bei Zwillingsschwestern (23 Jahre alt). Die beiden Krankheiten, die gleichzeitig eintrafen und von dem gleichen schweren emotionellen Trauma ausgelöst wurden, sind von Interesse teils dadurch, daß es sich um eine Confusio handelte, was bei Zwillingirresein sehr selten zu sein scheint, teils auch dadurch, daß die Confusio bei der einen Schwester unter agitierter, bei der anderen unter stuporöser Form auftrat. Bei der letzteren Schwester war die Krankheit schwieriger (langwieriger), und Verf. nennt als mögliche Ursachen ihres Stuporöswerdens teils ihr Temperament, das angeblich mehr ernst und schwerfällig war, teils ihre weitere psychische Schädigung durch noch ein emotionelles Trauma (Feuersbrunst).

Verf. meint, der Fall sei nicht eine folie gémellaire im Sinne von Ball; bei dieser muß die Abgrenzung übrigens sehr eng sein. Statt dessen wäre dieser Fall zu den Familienpsychosen zu rechnen und als eine folie simultanée aufzufassen, die zufälligerweise Zwillinge getroffen hat. (*Sjövall.*)

Die Vorträge **Anton**'s (15) sind für Ärzte, Erzieher und Eltern bestimmt und bilden einen Beitrag zur populären Aufklärung und Belehrung im besten Sinne des Wortes. Die vorliegende zweite Serie handelt von:

1. dem Ausdruck der Gemütsbewegungen bei gesunden und kranken Menschen,
2. den geistigen Epidemien von einst und jetzt,
3. der geistigen Artung des Kindes und dessen Abartung,
4. Alkoholismus und Erblichkeit,
5. der Entstehung und der operativen Behandlung der Epilepsie.

Rinne (342): Historische Übersicht über die verschiedenen Anschauungen von dem Wesen des Jugendirreseins. (*Sossinka.*)

Ganter (159): Das Durchschnittsalter für die Aufnahme fällt bei der progressiven Paralyse in das fünfte Jahrzehnt (und zwar in die erste Hälfte), bei der Dementia praecox, Epilepsie, Imbezillität in das vierte Jahrzehnt



(und zwar bei den beiden ersten in die erste, bei der letzten in die zweite Hälfte), bei den senilen Störungen in das siebente Jahrzehnt (und zwar in die erste Hälfte). — Die Durchschnittsdauer des Anstaltsaufenthaltes ist bei der Dementia praecox (zwölf Jahre) und der Imbezillität am längsten, dann folgt in nicht zu fernem Abstand die Epilepsie, am kürzesten ist sie bei den senilen Störungen (1,9 bis 3,5 Jahre) und erst recht kurz bei der progressiven Paralyse (1,8 bis 2,5 Jahre). (*Sossinka.*)

Die Arbeit **Förster**'s (147) behandelt Zusammenhänge zwischen Berufswahl und Disposition zu Geisteskrankheiten, sowie Wechselwirkung zwischen Beruf und Geisteskrankheiten; die Verursachung von Psychosen durch mechanische, chemische und psychische Schädigung. Besonders wird hingewiesen auf die Notwendigkeit, bei der Beurteilung dieser Komplexe Ursache von Symptom zu unterscheiden.

Während der Beruf als Ursache fast ausschließlich bei belasteten Individuen (häufig unter Vermittlung von anderen Schädigungen, wie Schlaflosigkeit, Appetitverlust) in Frage kommt, ist er fast stets wirksam bei der Färbung des Krankheitsbildes, in den psychotischen Reproduktionen der Kranken.

So werden als Beispiele angeführt Paranoia eines Lehrers, der sich homosexuell verdächtigt glaubte, die Spekulationsneigung paralytischer Kaufleute, der Inhalt der Wahnideen delirierender Alkoholiker.

Verfasser verweist betreffs dieser Tatsachen noch auf seine spezielleren Arbeiten über die Zusammenhänge von psychischen Funktionen bei der progressiven Paralyse (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol. Bd. 24 Suppl.).

Nur in wenigen Fällen erzeugt die Psychose eine vorübergehende Erhöhung der Produktivität, z. B. bei manchen leicht manischen Kranken.

Des weiteren wird darauf hingewiesen, daß die Bewegungen der Zeit, seien sie religiöser, politischer, technischer oder anderer Art, sich in den Wahnideen der Geisteskranken in den Irrenanstalten wiederfinden.

Bei Massensuggestionen spielen nur Psychosen eine Rolle, die zu sprachlichen Äußerungen neigen, also z. B. Fälle der Paranoia. Die Psychologie der Massensuggestion wird behandelt.

In der Kleidung findet man besondere Sorgfalt in manchen Formen von Epilepsie, Neigung zu Putz bei weiblichen Paralysen (der Mann neigt hier im allgemeinen zu geistiger Tätigkeit, beide Formen sind also Nachwirkungen der früheren hauptsächlichen Interessen). Als erotisches Element spielt die Kleidung eine Rolle bei der Manie.

Im allgemeinen nimmt die motorische Erregung der Geisteskrankheiten in Deutschland ab. Die Geisteskrankheiten werden in ihren kleinen Zügen von der Mode beeinflußt, in ihrem Gesamtbilde folgen sie dem Zeitcharakter. (*Autoreferat.*)

Bechterew (29) führt aus, daß die Autointoxikation die meisten organischen Funktionen überhaupt und insbesondere die Hirnrinde beeinträchtige und dadurch die Mehrzahl der Psychosen herbeiführe. Es handle sich nicht um eine primäre Hirnkrankheit, sondern um eine allgemeine Störung des Organismus. Die Geistesstörungen und deren Prognose sind somit von der allgemeinen Intoxikation oder Infektion abhängig. Erst im weiteren Verlauf werden durch die Toxine anatomische Veränderungen des Nervengewebes verursacht, während zunächst nur funktionelle Störungen der Gehirnzellen, vorübergehende Modifikationen des Hirnkreislaufs, Beeinflussungen der Dynamik oder Ernährung der Rindenzellen in Frage kommen ohne definitive Strukturveränderung. Die anatomischen Veränderungen stellen eine Folge der langen Einwirkung der Autointoxikation dar, geben aber

nicht die Basis ab für die geistig nervösen Störungen. Man suche also den Ursprung der Psychose nicht in den anatomischen Veränderungen des Gehirns und verzichte auch auf eine anatomisch-pathologische Klassifikation der Psychosen. Die Behandlung, insbesondere die Prophylaxe, hat demnach Ernährung, Stoffwechsel usw., d. h. die eigentliche Ursache des Leidens, zu berücksichtigen.

Damaye (98): Die kortikale Gliose und fibröse Verdichtung (Vernarbung) der Pia mater sind die Ausgänge eines Prozesses, der entweder mehr oder minder langsam, zuweilen verbunden mit einzelnen elektiven histologischen Veränderungen, sich entwickelt oder, wie bei der Paralyse, stürmisch und unter Beteiligung aller Gewebe. Dieser Prozeß kann außerdem auch alle funktionellen Psychosen komplizieren, wenn ein infektiöses oder toxisches Agens hinzutritt und diese „funktionellen" Krankheiten somit in organische umwandelt. Ebenso häufig kompliziert er die essentielle Epilepsie, wobei die Erschöpfung durch die Anfälle noch hinzukommt; daraus entsteht dann die eigentliche epileptische Demenz, die nicht verwechselt werden darf mit der schon von Delasiauve unterschiedenen chronischen funktionellen Hemmung (Obnubilation). Sobald die Ganglienzelle zerstört ist und eine Gliose sich ausgebildet hat, besteht eine unheilbare Demenz. Bevor dieser definitive Ausgang stattgefunden hat, kann es bei den toxischen usw. Psychosen noch zum Stillstand oder zur Heilung kommen.

Damaye (99) entwickelt hier die gleichen Gesichtspunkte wie in der oben referierten Arbeit unter Zugrundelegung der beiden ätiologischen Hauptfaktoren: Prädisposition und Intoxikation. Neues bringt die Arbeit nicht. Wenn Verfasser es für therapeutisch und sozial vorteilhaft erklärt, unheilbare und heilbare Kranke zu trennen und speziell die voraussichtlich heilbaren Kranken in Anstalten unterzubringen, die sich möglichst dem Charakter anderer Krankenhäuser anpassen sollen, so macht er, meines Erachtens, damit einen Vorschlag, der nicht nur praktisch kaum durchführbar, sondern auch in anderer Beziehung sehr anfechtbar sein dürfte.

Bumke (69) hat sein Buch vollständig umgearbeitet, indem er den zahlreichen, seit der I. Auflage erschienenen einschlägigen Arbeiten eingehend Rechnung trug. Die vielfachen eigenen Untersuchungen des Verfassers haben dem Buch den subjektiven Charakter bewahrt, gleichwohl sind alle gesicherten Tatsachen vollständig dargestellt, so daß das Werk in ausgezeichneter Weise geeignet ist, sowohl den Anfänger in die schwierige Lehre von den Pupillenstörungen einzuführen wie auch den Psychiater und Neurologen über schwierigere Probleme zu unterrichten und über den derzeitigen Stand der Lehre aufzuklären. Die vier Hauptabschnitte beschäftigen sich mit dem anatomischen Verlauf der Pupillarreflexbahnen, der Physiologie der Pupillenbewegungen, der allgemeinen Pathologie der Irisbewegungen und der spezielleren Pathologie der Pupillenbewegungen. In einem Anhang wird die Methodik der Pupillenuntersuchung dargestellt. Ein umfassendes Literaturverzeichnis bildet den Schluß. Zweifellos wird das Buch allen durch den weiteren Ausbau der Pupillenlehre gesteigerten Ansprüchen in hohem Masse gerecht, und es ist keine Frage, daß es einem tatsächlich vorhandenen Bedürfnisse entgegenkommt.

Birnbaum (50): Aus der Zusammenstellung der Hauptpunkte sei folgendes entnommen: Affektiv wirksames Geschehnis (Erlebnis) und persönliche Eigenart bilden die grundlegenden Komponenten psychogener Krankheitszustände. Alle für die Pathologie der psychogenen Erkrankungsformen wesentlichen Eigenheiten, die scheinbar vom Erlebnis abhängen, werden tatsächlich nicht durch das Erlebnis bestimmt; auch Verlaufsform und Aus-



gang sind vielfach unabhängig vom Einfluß erregender psychischer Faktoren. Die eigentliche Bedeutung des Erlebnisses liegt vielmehr nur in der Rolle des auslösenden Reizes. Für alle pathologisch wesentlichen Eigenheiten der psychogenen Krankheitsform und ihrer Ablaufsweise gibt den Ausschlag die persönliche Eigenart, insbesondere deren Hauptwesenszug, die psychogene Disposition. Diese letztere kann im psychischen Durchschnittszustande sehr wohl latent sein, kommt aber zuweilen bereits im Grundzustande, also in der persönlichen Eigenart, zum Ausdruck. Die psychogene Disposition umfaßt die Gesamtheit aller der Person innewohnenden allgemeinen und speziellen pathologischen Tendenzen, die auf die psychotische Wirkung psychischer Reize hinstreben, und die im einzelnen als psychische Labilität, Beeinflußbarkeit, Dissoziabilität usw. zu benennen wären; sie ist ein unentbehrlicher Faktor für eine richtige Zusammenfassung und Abgrenzung psychogener Krankheitsbilder von anderen Erkrankungen, während die abnorme psychische Beeinflußbarkeit (Sommer), da sie nicht immer vertreten ist, nicht als unumgänglich notwendiger Bestandteil der Krankheitsbestimmung gelten kann, wenn sie auch innerhalb der psychogenen Gruppe einzelne Unterformen (Hysterie) kennzeichnet, und diese vielleicht von anderen psychogenen Spezialformen abgrenzen kann. Die psychogenen Krankheitszustände selbst entsprechen den affektiven Reaktionen der Normalen auf psychische Reize und stellen demnach pathologische Äquivalente der natürlichen affektiven Reaktion dar, bedingt durch die in der psychogenen Disposition liegende Unfähigkeit zu normaler affektiver Verarbeitung seelischer Reize. In differential-diagnostischer Hinsicht lassen sie sich, an sich betrachtet, noch nicht als solche erkennen, wenn auch einzelne Züge den ideogenen Ursprung verraten. Der einzige diagnostisch entscheidende innere Zusammenhang zwischen auslösendem Erlebnis und Auftreten der psychogenen Störung wird lediglich aus der zeitlichen Aufeinanderfolge erschlossen. In praxi kommen also für die Diagnose im wesentlichen die durch die Erfahrung gewonnenen Kenntnisse in Betracht, die ein Urteil ermöglichen darüber, welche Krankheitszustände psychogen zu sein pflegen oder welche nicht.

Bonhoeffer (56) erörtert die Frage, ob Psychogenie und Hysterie identisch ist, oder ob es psychogene Zustandsbilder und Erkrankungen auch nicht hysterischer Art gibt. Der Autor definiert psychogene Zustände und Erkrankungen ganz allgemein als solche, die der Regel nach durch Vorstellungen, und zwar solche emotioneller Art hervorgerufen werden, und erachtet es bei dieser allgemein gehaltenen Definition für nicht zweifelhaft, daß es außerhalb der Hysterie psychogene Zustände und Krankheitsprozesse gibt. Keiner psychopathischen Anlage bedürfen zur Auslösung dieser Zustände diejenigen, die durch Schreckemotion entstehen, welche einen vasomotorischen neurotischen Komplex hervorruft. Alle anderen psychogenen Zustandsbilder haben den Boden angeborener psychopathischer Konstitution zur Voraussetzung, so daß man sagen kann, die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes ist ein Kriterium der degenerativen Anlage. (*Sossinka.*)

Bahr (19) bespricht kurz die verschiedenen Formen der Angst. Die Phobie ist nur ein Symptom, das in vielen Formen der Geisteskrankheit auftreten kann. In einem Fall von Klaustrophobie, auf den Verf. näher eingeht, ist die Angst die Folge einer exogen entstandenen Zwangsvorstellung und von alleinigem Einfluß auf die Handlungen des Kranken. Er wohnt monatelang im Freien aus Furcht, nicht wieder lebend aus dem Hause herauszukommen. Die Krankheit besteht bereits 17 Jahre und entstand im Anschluß an eine Entbindung seiner Frau, die ihr und dem Kinde das



Leben kostete. Irgendwelche anderen Symptome von Geisteskrankheit ließen sich nicht nachweisen. (Die Psychoanalyse, auf die der Verf. nicht eingeht, hätte in dem vorliegenden Falle wohl ein interessantes Resultat ergeben. Der Kranke identifiziert sich offenbar mit seinem Kinde, das nicht lebend den Leib der Mutter (das Haus) verlassen hat.)

Jones (210) bricht eine Lanze für die Freudsche Auffassung der Angst als Ausdruck verdrängter sexueller Begehrungsvorstellungen. Nach eingehender Erörterung der von den Freudschen abweichenden Anschauungen kommt er zu folgenden Resultaten:

Unrichtig ist die Anschauung, daß die Angst hervorgerufen wird durch eine primäre Übererregbarkeit nervöser Zentren oder durch abnorme Reize, die von krankhaft veränderten Intestinalorganen ausgehen.

In Wirklichkeit handelt es sich nicht um pathologische, sondern um physiologische, nur abnorm gesteigerte Reize.

Die krankhafte Angst ist wie die meisten neurotischen Symptome „überdeterminiert“, verdankt ihre Entstehung mehreren Mechanismen. Die wichtigsten sind folgende:

Physiologische Angst ist der Ausdruck einer instinktiven Betätigung, mit der Aufgabe das Individuum auf eine ihm drohende Gefahr aufmerksam zu machen; krankhafte Angst ist abnorm gesteigerte physiologische Angst, also der gesteigerte Ausdruck der gleichen normalen Betätigung. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Angst (Schmerzen usw.) sind ihre physische Komponente. Die Gefahr, vor der die Angst das Individuum bewahren soll, ist das Wiederauftauchen der ehemals verdrängten und dem bewußten Ich unangenehmen Wünsche.

Fürchten ist das Gegenteil von Wünschen. Es kann daher nicht überraschen, daß eine Phobie nur der äußere Ausdruck innerer Wünsche ist. Wer einen Gedanken verbergen will, kann diesen Zweck nicht besser erreichen, als wenn er ihn durch den ihm entgegengesetzten ersetzt. So dient auch die Angst als bewußter Ersatz für einen aus dem Bewußtsein verdrängten Wunsch. (Eine Frau, deren Kind einer Wiederverheiratung im Wege steht, leidet unter fortwährender Angst, das Kind werde sterben.)

Eine weitere biologische Wurzel hat die krankhafte Angst in der Übertreibung der normalen weiblichen Auffassung der Sexualität, ist also eine Form des Masochismus.

Verdrängt wird ein Wunsch, wenn er aus irgendwelchen Gründen weder zur Erfüllung noch zu bewußtem Verlangen nach Erfüllung führt: Die Umstände, die zur Verdrängung Anlaß geben, können physischer und psychischer Natur sein. Erstere sind solche, die sexuelle Erregung ohne genügende Befriedigung verursachen (stürmische Umarmungen Verlobter, coitus interruptus usw.), letztere solche, die zur Fixierung wichtiger Komponenten des Sexualtriebs im Unbewußten führen, wie es häufig bei der Bekämpfung sexueller Perversionen geschieht. Durch solche Fixationen kann die betreffende Person unfähig werden zu geschlechtlicher Befriedigung, selbst wenn sie regelmäßigen Verkehr hat. Die Folge ist die „Angsthysterie“. Die Krankengeschichte eines solchen Falles wird eingehend besprochen.

Mugdan (293) weist nach, daß der mathematische Periodizitätsbegriff auf die Biologie nicht übertragen werden könne, und versucht die Frage zu lösen, unter welchen Modifikationen dem Periodizitätsbegriffe seine für die Biologie und speziell für die Neuro- und Psychopathologie zweckmäßigste Form gegeben werden könne. Unter Anlehnung an die Definitionen Hitzigs und Hoches gelangt er zur folgenden Begriffsbestimmung: einem System

von Ereignissen kommt die Eigenschaft der Periodizität zu, wenn in zeitlich gesetzmäßigen Intervallen logisch verwandte Ereignisse eintreten, aus Gründen, die lediglich in der Organisation des Betroffenen liegen, ohne daß dafür ein äußerer Anlaß oder doch ein entsprechender äußerer Anlaß vorläge. Bei der Umschau, ob es überhaupt in der Biologie Systeme von Ereignissen gibt, die in diesem Sinne als periodisch zu bezeichnen wären, trifft man ohne weiteres auf viele Beispiele in der normalen menschlichen Physiologie (Schlafbedürfnis, Hungergefühl, Körpertemperatur, Menstruation usw.).

Gegenüber den besonders durch Fließ vertretenen Forschern, nach denen überhaupt alles biologische Geschehen einer gesetzmäßigen Periodizität unterworfen, die Periodizität demnach das regulative Prinzip aller biologischen Vorgänge ist, führt Verf. des näheren aus, daß diese Theorie für die Frage, ob obige Definition des Periodizitätsbegriffs für die Zwecke der Biologie als hinreichend betrachtet werden dürfe, kein Material liefere.

Auf dem Gebiete der Neuro- und Psychopathologie sind als periodisch im gegebenen Sinne drei Gruppen zu bezeichnen, von denen die erste der Zyklothymie, die zweite dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen ist, während die dritte die Fälle von periodischem Schwanken der Hirnfunktion umfaßt, das als ein selbständiges Krankheitsgebiet angesehen werden darf. Verf. charakterisiert kurz diese drei Gruppen. Die zyklothymischen Formen sind am besten zu verstehen, wenn man sie als eine ins Krankhafte gesteigerte Vergröberung der generellen Tageskurve auffaßt. Die normale Tageskurve der Stimmung und psychischen Leistungsfähigkeit ist ins Pathologische vergröbert: Depression und Hemmung der Denk- und Willenstätigkeit am Morgen, Besserung gegen Mittag, Verschlechterung am frühen Nachmittage unter dem Einfluß der Verdauungstätigkeit, wesentliches Ansteigen der Kurve am Abend, gelegentlich bis zur Hypomanie. Dieser Zustand kann während Wochen, Monaten, Jahren oder das ganze Leben bestehen. Die meisten zyklothymischen Zustände zeigen diese eintägige Periode. Von echt periodischen zyklothymischen Zuständen verdient im übrigen nur die unter dem Namen der Quartalssäufer bekannte Kategorie von Dipsomanischen (Fritz Reuter) erwähnt zu werden. Die zur zweiten Gruppe gehörenden Zustände werden als menstruelles Irresein bezeichnet und sind charakterisiert durch psychische Störungen, deren Ausbruch entweder kurz vor oder während der Menstruation oder schließlich auch im Anschlusse an diese erfolgt. Es ist hierbei gleichgültig, ob das betreffende Individuum nur zur Zeit der Menses oder dauernd geistig abnorm und in letzterem Falle nur zur Zeit der Menses qualitativ oder quantitativ verändert ist. Am häufigsten sind die menstruellen Melancholien, seltener die Manien. Bei einer dauernd manisch Kranken kann zur Zeit der Menses Melancholie eintreten. Die Fälle der dritten Gruppe sind periodische Bewußtseinsstörungen in Form leichterer oder schwerer Benommenheit, die mit Phasen freien Bewußtseins regelmäßig alternieren. Die Periode der Benommenheit („negative Phase", Stertz) ist durch eine je nach der Intensität der Störung verschiedene Beeinträchtigung sämtlicher psychischer Funktionen charakterisiert. Man beobachtet Fälle leichter und schwerster Art, die sich aber stets als echt periodische Schwankung der Geistestätigkeit kennzeichnen lassen. Zum Schlusse macht Verf. darauf aufmerksam, daß man Periodizität nicht mit Multiplizität identifizieren dürfe, daß man dagegen zugunsten einer scharfen begrifflichen Unterscheidung des Periodischen vom Aperiodischen niemals klinisch zusammengehörige Krankheitsbilder auseinanderreißen solle. Im Interesse einer rationellen Systematik müsse der inhaltlichen Verwandtschaft gegenüber der formellen Verschiedenheit die Priorität gewahrt bleiben.

Stertz (407) bringt eine Reihe kasuistischer Fälle und sieht das Charakteristische aller dieser Beobachtungen in dem unvermittelten Zustandswechsel zwischen schwerster Erkrankung und guter Remission, der eben dazu nötigt, die schlechten Zeiten nicht als den Ausdruck eines organisch bedingten Defektes, sondern als temporäre funktionelle Störungen aufzufassen. (*Sossinka.*)

Marshall (270) fand unter 247 weiblichen Kranken im Glasgow Royal Asylum 17, die an periodisch auftretenden Attacken von Exaltation und Depression litten. Von diesen zeigten acht keine Anzeichen geistiger Schwäche, die übrigen neun waren dement. Auf Grund seiner Beobachtungen an diesen Kranken kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Alternierende Zustände von Exaltation und Depression können im Verlauf von völlig differenten Geisteskrankheiten auftreten (Imbezillität, sekundäre Demenz, organische Demenz, Paranoia).

2. Sie können das Krankheitsbild der sekundären Demenz völlig beherrschen oder zu einem beliebigen Zeitpunkte auftreten.

3. Einige klinischen Kriteria — Einengung des Ideenkreises, intrapsychische Ataxie, Stereotypien usw. — ermöglichen es, die zugrunde liegende Demenz zu erkennen.

4. Alternierende Zustände von Exaltation und Depression sind der klinische Ausdruck eines Fehlers in der molekularen Struktur der Nervensubstanz.

5. Die Ursache dieses Fehlers im Bau der Nervensubstanz muß in einer Störung des Stoffwechsels gesucht werden, die wiederum auf einen bereits bestehenden Krankheitsprozeß im Gehirn zurückgeführt werden kann.

Dreyfus (116) gibt zunächst eine Symptomatologie der leichten Depressionszustände: Verstimmung, sekundäre Angst, trübe Gedankengänge mit Grübelsucht, Wunsch nicht mehr leben zu müssen ohne intensive oder gar impulsive Selbstmordgedanken, Überempfindlichkeit für psychische, oft auch für optische und akustische Eindrücke, manchmal quälende Kopfschmerzen; die intellektuellen Funktionen sind objektiv erhalten. Dieser Symtomenkomplex entwickelt sich sowohl bei vorher psychisch gesunden wie bei psychopathischen Individuen und sowohl aus endogenen wie aus exogenen Ursachen. Bei psychisch Gesunden kommt der Komplex endogen besonders zur Zeit des Rückbildungsalters zur Entwicklung, ähnlich auch nach vorzeitiger künstlicher Sterilisation. Häufiger sind die exogenen Verstimmungszustände; hier handelt es sich entweder um nahezu physiologische oder um pathologische psychogene Depressionszustände; zwischen beiden besteht bloß ein gradueller Unterschied, bedingt durch die Verschiedenheit des Verhältnisses zwischen Ursache und Reaktion. Weiter kommt in Betracht die Erschöpfungsdepression, bei deren Entstehung vor allem Überarbeitung, Unterernährung und Schlafverkürzung zusammenwirken. Ein ähnlicher Zustand kommt bei manchen Formen der traumatischen Neurose vor. Besonderen Schwierigkeiten pflegt das Auftreten des depressiven Symptomenkomplexes bei Psychopathen zu begegnen, wo die genaue Kenntnis der oft komplizierten Persönlichkeit erforderlich ist. Unter ihnen bilden die an konstitutioneller Verstimmung Leidenden eine besondere Gruppe, deren Hauptkennzeichen in einer dauernden Verstimmung besteht; sie sind die geborenen Pessimisten. Bei ihnen kann ohne irgendwelche Veranlassung der geschilderte Symptomenkomplex auftreten. Es liegt auf der Hand, daß die psychogene Depression der Psychopathen sowohl wie die Erschöpfungsdepression sich komplizierter gestalten muß, da sie eben auf einem anderen Boden sich entwickelt haben; Verf. führt dies näher aus. Er betont, daß

bei den geschilderten Zuständen die Ätiologie der Symptomatologie der Differentialdiagnostik bis jetzt noch überlegen ist, und daß Prognose und Therapie entscheidend von der Ätiologie beeinflußt werden. Anders liegt die Sache bei Hysterischen, epileptischen oder arteriosklerotischen Verstimmungszuständen und anderen, die klinisch symptomatologisch differenziert werden müssen.

Devine (110) ist es gelungen, auf psychoanalytischem Wege die Pathogenese einer Wahnidee bei einer melancholischen Kranken klarzustellen und dadurch die Heilung herbeizuführen. Es handelte sich um eine 25 jährige erblich belastete Lehrerin, die mit trauriger Verstimmung und Unwürdigkeitsideen erkrankte. Mit zunehmender Depression entstand mehr und mehr die Wahnidee, an einer unheilbaren ansteckenden Krankheit zu leiden. In der Anstalt ging sie stets mit einem Tuch oder der Hand vor dem Munde herum, aus Furcht, andere anzustecken. Jedesmal, wenn jemand aus der Umgebung erkrankte, machte sie sich als Ursache des Leidens verantwortlich. Die Analyse ergab folgenden Tatbestand: Die Kranke hatte vor mehreren Jahren beschlossen, mit Rücksicht auf die schwere erbliche Belastung jeden Gedanken an eine Heirat zu verbannen. Von diesem Beschluß hat sie auch später einem Herrn, mit dem sie befreundet wurde, Mitteilung gemacht, der aber die Sache sehr leicht nahm und sie veranlaßte, sich nicht von ihm zurückzuziehen. So entstand ein psychischer Konflikt, aus dem der Vernunft entsprungenen Wunsch, unverheiratet zu bleiben einerseits und den entgegengesetzt wirkenden sexuellen Instinkten andererseits. Sie löste den Konflikt nach Art neurotischer Individuen, indem sie den ersteren Wunsch verdrängte. Die Depression, die sich bald darauf einstellte, ist die Wirkung des in der Verdrängung befindlichen Komplexes. Sie ist deprimiert, weil sie dem früheren Beschluß entgegenhandelt; da sie von diesem aber nichts mehr wissen will oder weiß, bezieht sie die Depression auf etwas anderes, sie „überträgt“ den Affekt von dem ursprünglichen Gedanken auf einen anderen, nämlich auf den der Unwürdigkeit, weil sie sich mit einem Herrn weiter eingelassen, als es sich für ein junges Mädchen schicke (was aber in Wirklichkeit nicht der Fall war). Anknüpfend an eine früher einmal gehörte Geschichte von einem sittlich gefallenen Mädchen, das eine ansteckende Krankheit acquiriert habe, entstand die Wahnidee, daß sie krank und für die Umgebung eine Quelle der Ansteckung sei. Die Psychose erscheint somit als ein Kompromiß aus zwei entgegengesetzt wirkenden, in der Persönlichkeit der Kranken begründeten Faktoren; sie ist eine Wunscherfüllung, denn sie löst den Konflikt, indem sie den einen Wunsch (unverheiratet zu bleiben) erfüllt und den anderen (sich zu verheiraten) unerfüllbar macht.

Rémond und **Voivenel** (334) führen aus, daß die Menopause die physiologische Aufgabe hat, die Geschlechter zu nivellieren, während die Pubertät ihre Differenzierung vorbereitet. Es vollziehen sich Modifikationen der Blutgefäßdrüsen, atrophische und hypotrophische Vorgänge einzelner Organe und im Zusammenhang mit diesen Veränderungen treten psychische Erscheinungen auf, die zwischen einfachen Stimmungsanomalien und ausgesprochenen Geistesstörungen schwanken. Die in Betracht kommenden Organe sind die Nebennieren, der Uterus und die Prostata, die Ovarien und die Testikel. Die Nebennieren und die Prostata bieten während der Menopause eine gesteigerte Tätigkeit dar, während die anderen Organe eine Hypofunktion zeigen, die sich auch in dem Kleinerwerden der Organe dokumentiert. Diese Vorgänge heben den Organismus mehr oder weniger aus dem Gleichgewicht, bis eine Gewöhnung und damit die verhältnismäßige



Stabilität des Seniums eintritt. Die Verfasser suchen im einzelnen einen Zusammenhang zwischen diesen Vorgängen und den bekannten symptomatischen Beschwerden des Klimakteriums nachzuweisen. In vielen Fällen kommt es zur Entwicklung ausgesprochener Neurosen oder Psychosen, so z. B. durch das Aufhören der Ovarialsekretion bei den Frauen zur Ausbildung der Erscheinungen des Basedow, beim Manne durch Atrophie der Testikel zu mehr oder minder schweren Neurasthenien. Auch hysterische Komplexe können sich entwickeln. Die charakteristischen Psychosen der Menopause kennzeichnen sich besonders durch erotische Wahnvorstellungen, durch Eifersuchtsideen oder Mystizismus. Im allgemeinen handelt es sich hierbei um verhältnismäßig rasch vorübergehende Erkrankungen („bouffées“); die eigentliche klimakterische Psychose ist die Melancholie. Sie ist eine ausgesprochene Involutionskrankheit und stellt keineswegs, wie dies Kräpelin behauptete, eine Teilerscheinung des manisch-depressiven Irreseins dar. Verfasser meinen, daß bei den in Rede stehenden Vorgängen der Menopause durch die geschilderten Organveränderungen — Hyperfunktionen einerseits und Hypofunktionen andererseits — sich Autointoxikationen entwickeln, die als die Ursache für die allgemeine Gleichgewichtsstörung sowie für die, sei es vorübergehenden und wenig ausgesprochenen, sei es voll gekennzeichneten psychischen Anomalien zu betrachten sind. Die Menopause birgt an der Schwelle des Greisenalters dieselben Gefahren in sich wie die Pubertät beim Übergang ins Alter der Reife.

Runge (365) die sehr umfangreiche, mit ausgiebigen Literaturangaben versehene Arbeit eignete sich nicht für ein kurzes Referat. Es sei nur hinsichtlich der Prognose hervorgehoben, daß sowohl Puerperal- wie Graviditätspsychosen bei jugendlicheren Individuen und bei Erstgebärenden einen günstigeren Verlauf nehmen, daß aber bei den Graviditätspsychosen die endogenen ätiologischen Momente eine prognostisch günstigere Bedeutung zu haben scheinen, während bei den Puerperal- und Laktationspsychosen zusammengenommen die exogenen eher für einen günstigen Verlauf sprechen. (*Sossinka.*)

Wolter (461) gibt eine eingehende Zusammenstellung der bisher in der Literatur vertretenen Anschauungen über Ovulation und Menstruation und deren Beziehung zur Entwicklung von Psychosen. Er bespricht die ätiologischen Faktoren und die bei der forensischen Beurteilung in Betracht kommenden Gesichtspunkte auf Grund der in der Literatur vertretenen Theorien. Als klinische Unterlage der Arbeit sind eine Reihe fremder Beobachtungen angeführt, sowie ein selbst beobachteter Fall, der ein bisher noch nicht menstruiertes 16 jähriges Dienstmädchen betrifft, die 4 Wochen vor Eintritt der ersten Menses plötzlich an einem Zustande von Verwirrtheit erkrankte und alsbald das klinische Bild der erregten Form der Amentia bot. Nachlaß der Erscheinungen trat gegen den Eintritt der Menses hin ein, Heilung kurz vor deren Aufhören. Das Mädchen blieb gesund. Die Prognose solcher Ovulationspsychosen mit einmaligem Anfall ist zumeist günstig. Für die Zeit der Erregung pflegt völlige Amnesie zu bestehen; zumeist werden im Gegensatz zu den primordialen menstruellen Psychosen unbelastete Individuen betroffen.

Meyer (277) hält für die Entstehung der Puerperalpsychosen weniger die Generationstätigkeit unmittelbar für bedeutungsvoll, als mittelbar durch Schwächung des Nervensystems, wodurch ein günstiger Boden für nervöse und psychische Störungen geschaffen wird, besonders bei neuro- und psychopathischer Disposition, die gerade in dieser Zeit oft geweckt oder gesteigert wird. (*Bendix.*)



Näcke (297) zeigt an zwölf Fällen, daß bei diesen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf der chronischen Psychosen keinen sicher nachweisbaren Einfluß hatte, außer vielleicht in einem der Fälle. Die Psychose als solche wirkte auf die Generationsphase nicht ungünstig ein; es gingen sogar die Entbindungen meist schnell mit geringen Schmerzen und Blutungen vor sich, meist ohne Kunsthilfe. Meist verlief auch das Wochenbett gut, und die Mutter kümmerte sich auch meist um ihr Neugeborenes. (*Bendix.*)

Münzer (295) glaubt, auf Grund seiner Überlegungen der Auschauung Ausdruck verleihen zu können, „daß die Schwangerschafts- und Wochenbettspsychosen möglicherweise durch die im Übermaß sezernierten toxischen Produkte des graviden bzw. puerperalen Uterus bedingt seien. Diese Auffassung erscheint vielleicht nach zwei Seiten hin von einiger Bedeutung. Zunächst ist ja die innere Sekretion des Uterus überhaupt noch eine Hypothese, und jedes neue Argument, das zu ihrer Festigung beigebracht werden kann, fällt doppelt schwer ins Gewicht. Wenn nun die Volumenzunahme oder der partielle Zerfall eines Organs, für das eine innere Sekretion bereits wahrscheinlich ist, häufig von psychischen Anomalien begleitet wird, so wird man immerhin daran denken können, diese letzteren auf die vermutlich toxischen Produkte des sezernierenden Organs zurückzuführen; und hierin wird dann ein neuer Beweisgrund für die innere Sekretion eben dieses Organs zu finden sein, zumal uns die Pathologie der Schilddrüse und der Hypophyse längst mit analogen Verhältnissen vertraut gemacht hat.

Andererseits treibt uns das nie rastende Kausalitätsbedürfnis, wie bei allen Erkrankungen, so auch bei den Puerperalpsychosen, nach der letzten bewegenden Ursache zu forschen. Wir können uns nicht mit einem allgemein kausalen Moment, wie es die übermäßige Erschöpfung darstellt, begnügen, denn dieses tritt uns bei einer ganzen Reihe konsumierender Krankheiten entgegen, ohne die gleichen schwerwiegenden Folgezustände mit heraufzuführen. Unwillkürlich drängt sich uns immer wieder die Forderung eines spezifischen Zusammenhangs zwischen Psychose und Generationsgeschäft auf, und dieses mag vielleicht in einer verstärkten inneren Sekretion toxischer Uterusprodukte begründet sein. Selbstverständlich erscheint es, daß zu der Grundursache noch eine Reihe von Hilfsmomenten hinzutreten müssen, welche den Ausbruch der Puerperalpsychose begünstigen."

Jolly (208) hebt am Schlusse seiner Ausführungen folgendes hervor:

Der Prozentsatz an erblich belasteten unter unseren Fällen war derselbe wie man ihn im Allgemeindurchschnitt der Psychosen findet.

Meist handelte es sich um Frauen zwischen 26 und 35 Jahren, verhältnismäßig wenig um Erstgebärende, selten um außerehelich Geschwängerte.

Die meisten Psychosen gehörten der Amentia an, etwas weniger der Manie-Melancholie-Gruppe und noch weniger der Katatonie.

Die Aufrechterhaltung der Amentia als Krankheitsbegriff erwies sich durch die Symptomatologie und durch die Katamnesen als gerechtfertigt.

Die Fälle der Manie-Melancholie-Gruppe zeigten keine häufigeren Wiedererkrankungen wie die Gesamtzahl.

Die Katatonie zeigte eine absolut ungünstige Endprognose.

Durch die Katamnesen wurde die Prognose ziemlich verschlechtert, indem von 52 Frauen, die zunächst geheilt oder mit geringem Defekt entlassen wurden, bei $^1/_5$ Wiedererkrankung auftrat, die bei der Hälfte derselben ungünstig verlief.

Völlig geheilt wurden 46 %, durch Hinzurechnung der mit geringem Defekt geheilten, und bei Wiedererkrankung Genesener erhöht sich diese Zahl auf 59 %. Im ersten Jahr starben 13 %.



Wiedererkrankung trat durchschnittlich nach 3 Jahren 8 Monaten auf; der größte Zwischenraum war 16 Jahre (bei einer Katatonie); abgesehen von einem Fall mit früherem Fieberdelirium war dies der einzige Fall, bei dem die Zwischenzeit über 8 Jahre betrug. Die für die Katamnesen gewählte Zeit von mindestens 10 Jahren (Maximum 23 Jahre) ist also genügend; ein kürzerer Zeitraum dürfte zu Fehlschlüssen führen.

Was die allgemeine Prognose der Puerperalpsychosen betrifft, so erwiesen sich für den Ausgang

als ungünstig: angeborener Schwachsinn, chronischer Beginn, frühere geistige Erkrankung in jugendlichem Alter oder ohne besondere Veranlassung,

als günstig: Infektion und erschöpfende Momente.

Die Dauer der Psychosen war

länger: bei Belasteten, bei Frauen über 30 Jahren, bei chronischem Beginn und bei Amentia, wenn katatone Züge sehr in den Vordergrund traten,

kürzer: bei den in den ersten zwei Wochen nach der Geburt und bei den im Anschluß an Infektion aufgetretenen Psychosen.

Von den noch lebenden 30 Kindern sind bis jetzt 3 geistig minderwertig.

Bis 1910 reichende Katamnesen von 79 Puerperalpsychosen, die 1887—1906 in die Nervenklinik zu Halle aufgenommen waren, ließen nach **Jolly** (209) den definitiven Ausgang als nicht unwesentlich ungünstiger erscheinen, als es ohne Katamnesen den Anschein hatte. Doch trat in 46 % gänzliche Heilung für immer ein, mit Hinzurechnung der mit geringem Defekt und der bei Wiedererkrankung geheilten Heilung in 59 %. Erbliche Belastung war für den Ausgang ohne Bedeutung, verlängerte aber die Dauer sonst günstiger Fälle beträchtlich (34 gegen 22 Wochen). Angeborener Schwachsinn machte ungünstigen Ausgang wahrscheinlich. Bei einem Alter unter 30 J. war der Krankheitsverlauf bedeutend kürzer als über 30 J., der Ausgang zeigte keine Abhängigkeit vom Alter. Höhere Geburtenzahl war nicht ungünstig. Infektion, erschöpfende Momente, psychische Ursachen fanden sich nur selten bei ungeheilten Fällen; ihr Fehlen ist also ungünstig. Akuter Beginn wies auf Heilung oder Tod hin, chronischer auf längere Dauer oder Unheilbarkeit. Die in der 1. und 2. Woche usw. ausgebrochenen Wochenbettpsychosen sowie die mit genitaler Infektion, dauerten beträchtlich kürzer als der Durchschnitt. Bei mehrfachen Erkrankungen waren die Aussichten schlechter, besonders wenn in jugendlichem Alter oder ohne besondere Veranlassung die erste Psychose aufgetreten war. Von den jetzt noch lebenden 30 Kindern sind bis 3 geistig erkrankt. Was die Hauptgruppen betrifft, so war die Diagnose in 8 % Katatonie, in 32 % Manie-Melancholie Gruppe, 35 % Amentia. Bei der letzteren waren ausgesprochene katatone Züge für den Ausgang nicht ungünstig, verlängerten aber die Dauer. Verbot weiterer Geburten hängt von der Art der Psychose ab. (*Autoreferat.*)

Collins (88) berichtet über Besserung bzw. Heilung nervöser und psychischer Erkrankungen durch gynaekologische Eingriffe in Fällen, die eigens zum Zwecke der Operation von psychiatrischer Seite ausgesucht waren. Die Schlußfolgerungen sind folgende:

Jede geisteskranke Frau, die krankhafte Symptome von seiten der Unterleibsorgane aufweist, soll ohne Rücksicht auf ihre Geisteskrankheit gynaekologisch untersucht und, wenn nötig, operiert werden. Aussichtsreich ist ein operativer Eingriff in Fällen von Unregelmäßigkeit der Menstruation,



Dysmenorrhoe, Mißbildungen, Lageveränderungen und Neubildungen, ferner bei rezidivierender oder periodischer Manie, wenn während der Menstruation sich eine Steigerung der psychischen Symptome bemerkbar macht.

Wird man hinter diese Feststellungen zwar ein großes Fragezeichen machen müssen, so kann man dem Verf. andererseits beistimmen, wenn er jeden ohne strenge gynaekologische Indikation unternommenen Eingriff bei Geisteskranken als unverantwortlich und verwerflich bezeichnet.

Rosenberg (354) schließt sich der Begriffsbestimmung der Perseveration an, welche zuerst von Pick vertreten wurde: daß nicht aktive Präponderanz des Perseverierenden, sondern Schwäche der übrigen psychischen Vorgänge die Ursache sei, daß das Perseverierende dadurch zu einer Art relativen Überwertigkeit gelange und eben deshalb perseveriere, daß somit die Überwertigkeit einer bestimmten Vorstellung oder Vorstellungsreihe aus der Schwäche der Hauptassoziationen resultiere. Gestützt wird diese Auffassung durch die Möglichkeit, die Schwäche der übrigen Vorgänge tatsächlich nachzuweisen, ferner durch Tatsachen der normalen Psychologie (Ermüdung; Versuche von Müller und Pilzecker). Verf. berichtet nun über einen Fall, bei dem unter mehreren Perseverationen verschiedener Art, welche im Patienten durch das Vorzeigen verschiedener Expositionsobjekte erzeugt worden waren, durch das weitere Vorzeigen von Expositionsobjekten mit einer gewissen Regelmäßigkeit diejenigen Perseverationen ausgelöst wurden, welche zu den jeweiligen Objekten artverwandt waren; er bezeichnet dies als „generische Perseveration". Dies Symptom ist sicherlich nicht selten zu beobachten, nur die große Regelmäßigkeit, mit welcher sie bei diesem Kranken auftrat, stellt etwas Besonderes dar. Zum Vergleich zieht Verf. die „sentiments génériques" Abramovskis heran, durch die ein Zustand gekennzeichnet wird, welcher während des Vergessens einer konkreten Vorstellung auftritt: wenn uns eine genaue Vorstellung des Vergessenen vollkommen fehlt, so behalten wir doch an der Stelle des Vergessenen gewissermaßen eine Lücke, ein unbestimmtes „generisches" Gefühl der vergessenen Vorstellung, d. h. wir wissen diese zwar nicht mehr, wohl aber, daß sie beiläufig so und so beschaffen, daß sie dem oder jenem ähnlich oder unähnlich war. Diesen geschilderten Zustand des Vergessens möchte Verf. auch bei den Erinnerungsbildern seines Kranken annehmen. „Hätte der Kranke dieses geschilderte „generische" Gefühl des Vergessens nicht gehabt, sondern einfach überhaupt nichts, so hätte er perseverieren können, was er wollte, ganz gleich was; infolge seines „generischen" Gefühls jedoch perseverierte er wenigstens etwas Artgleiches." Die geweckte generische Vorstellung kann „für alle andersartigen perseverierten Inhalte gerade so ein Hindernis abgeben wie das lückenlose konkrete Denken der nicht ermüdeten Psyche ein absolutes Hindernis für jede Perseveration ist. Wenn aber die generische Vorstellung ein Hindernis für alle andersartigen perseverierten Inhalte tatsächlich darstellt, so muß ein gleichartiger perseverierter Inhalt „überwertig" werden, überwertig in dem Sinne, wie wir das Wort schon oben gebrauchten, und dieser Inhalt muß dann als „generische Perseveration" zum Ausdruck gelangen".

Ziehen (465) sagt: Aus unseren Empfindungen wird ein Besitzstand von Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen gewonnen, und aus diesem Besitzstand leiten wir neue Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen ab; diese Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen sollen nach ihrem Aufbau geordnet und Methoden angegeben werden, um festzustellen, ob dieser Besitzstand und die Fähigkeit zu seiner Verarbeitung normal ist. Der erste Vorgang, der sich an die Empfindung anschließt, ist die sogenannte



Retention (Deposition). Sie bezieht sich nicht nur auf Einzelvorstellungen, sondern auch auf Vorstellungsreihen und Vorstellungsverknüpfungen. Für die Feststellung des Intelligenzdefekts ist die Untersuchung der Retention für jüngst Vergangenes und Neues (Merkfähigkeit) besonders wichtig. Die Methoden der Retentionsprüfung werden eingehend erörtert. Nach den Erfahrungen Ziehens betrifft der Retentionsdefekt meistens zuerst das um Stunden, Tage und Wochen zurückliegende und ergreift erst dann einerseits das längst Vergangene und andrerseits vor allem das um Minuten und Sekunden zurückliegende. Das pathologische Vergessen stimmt hierin mit dem normalen Vergessen überein. An die Retention schließt sich als zweiter Vorgang an die Vorstellungsentwicklung und die Vorstellungsdifferenzierung. Es handelt sich hierbei um die drei fundamentalen Prozesse der Vorstellungsbildung: Isolation, Komplexion und Generalisation, die an Beispielen erläutert werden. Besonders geeignet zur Prüfung der Vorstellungsbildung und Vorstellungsdifferenzierung ist, die Methode der Unterschiedsfragen, die ein relatives Minimum von Sprachgewandtheit erheischt und einerseits weitgehende individuelle Anpassung, andererseits bei geeigneter Auswahl der Fragen eine sehr bestimmte allgemeine Bewertung der Antworten gestattet. An dritter Stelle wird die Reproduktion untersucht, die freilich im allgemeinen nur defekt ist, insofern ihr Material defekt ist, insofern also Defekte der Retention oder der Vorstellungsentwicklung vorliegen. Die schweren, durch Hemmung und funktionelle Inkohärenz bedingten Reproduktionsstörungen werden nicht zum Intelligenzdefekt gerechnet. Von überragender Wichtigkeit ist schließlich die Untersuchung und Prüfung des vierten Intelligenzprozesses, der Kombination, die dadurch ausgezeichnet ist, daß früher noch nicht dagewesene Vorstellungsreihen oder Vorstellungsverknüpfungen neu produziert werden. Der Prozeß des Urteilens gehört hierher, soweit es sich nicht um Reproduktion schon dagewesener Vorstellungsverknüpfungen handelt. Die Einteilung der Intelligenz in Gedächtnis und Urteilsfähigkeit ist hiernach gerechtfertigt, nur insofern nicht erschöpfend, als sie die Vorstellungsentwicklung und — Differenzierung und die Gefühlsbetonung der Vorstellungen nicht berücksichtigt. Die Untersuchungsmethoden der kombinatorischen Ideenassoziation werden eingehend behandelt. — Die Geschwindigkeit der intellektuellen Leistungen spielt, obwohl sie u. a. auch von der Intaktheit der Intelligenz abhängt, insofern keine erhebliche Rolle, als auch bei dem Vollsinnigen die Geschwindigkeit einer bestimmten intellektuellen Leistung innerhalb sehr weiter Grenzen schwankt und insofern sie durch zu viel Störungen, die mit der Intelligenz nichts zu tun haben (Depression, Angst) erheblich beeinflußt werden. In Betracht zu ziehen ist bei der Intelligenzprüfung ferner die affektive Reaktionsfähigkeit (Anamnese; Methoden der direkten, d. h. die Person selbst betreffenden Gefühlsprobe nnd Methode der Exempla ficta). Schließlich behandelt Verf. die Fehlerquellen: den Einfluß schwerer Assoziationsstörungen und Affekte, für deren Eliminierung freilich kein Verfahren zur Verfügung steht; den Einfluß einer ganz fremden Umgebung — falls der Kranke plötzlich in eine solche versetzt wird — der oft zunächst ein „kataplektisches“ Verhalten des Patienten herbeiführt. Zu jeder Intelligenzprüfung gehört unbedingt eine spezielle Aufmerksamkeitsprüfung, deren Methoden wiederum besprochen werden. — Der Wert einer exakten und vollständigen Intelligenzprüfung besteht in der Möglichkeit einer Differenzialdiagnose der einzelnen Demenzformen. Durch jede Demenzform werden bestimmte Intelligenzfunktionen besonders oft, besonders früh und besonders schwer gestört. Man ist demnach in den Stand gesetzt, an Stelle der äußerlichen Klassifikationen solche auf Grund

des psychopathologischen Aufbaues und Mechanismus der Krankheit zu geben. Von gleichem Werte ist die Ausbildung dieser Prüfungsmethoden für die Normalpsychologie des Kindes sowohl wie des Erwachsenen, für die Völkerpsychologie und schließlich für die Erkenntnistheorie, die nicht denkbar ist ohne eine genaue Kenntnis des Aufbaues unserer intellektuellen Funktionen. In einem Anhang gibt Verf. illustrierende Beispiele für die Ergebnisse der besprochenen Methoden bei Dementia hebephrenica, Debilität nnd Imbezillität, Dementia epileptica, Dementia paralytica und Dementia senilis.

Mikulski (280) beschreibt eine Methode der Intelligenzprüfung, die es gestattet, die Ergebnisse in Ziffern darzustellen und in dieser Weise die Vergleichung von verschiedenen Resultaten bei verschiedenen Kranken und in verschiedenen Krankheitsstadien ermöglicht. Diese Methode sei, besonders mit der Ebbinghausschen und Heilbronnerschen verbunden, imstande, den wirklichen Intelligenzgrad der Versuchsperson ziemlich genau auszudrücken. (*Sossinka.*)

Major (260) stellte als allgemeine Regel auf: Je langsamer der Ablauf der Ideenassoziation ist, desto größer ist der Intelligenzdefekt. Diese Art von Prüfung — mittels der Ideenassoziation — stellt Autor weit über die Prüfung des Schulwissens. (*Sossinka.*)

Rohde (346) glaubte, nach seinen Versuchen feststellen zu können, daß die Assoziationsproben bei der Diagnose der Geisteskrankheiten eine nicht unbedeutende Erleichterung für die Feststellung des Krankheitszustandes bieten können. (*Sossinka.*)

Klepper (225) weist nach, daß man mit der Assoziationsmethode allein oder in Verbindung mit anderen Prüfungen sehr wohl imstande ist, auch ohne Kenntnis der Anamnese die Unterscheidung von katatonischen und epileptischen Zuständen mit großer Wahrscheinlichkeit zu machen. (*Sossinka.*)

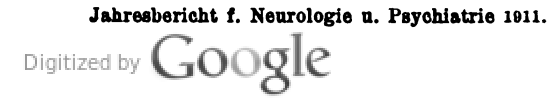
Révault d'Alonnes' (9) Arbeit (288 Seiten) ist der Klarlegung des Demenzproblems gewidmet, wobei ihm 34 Fälle als klinische Unterlage dienen (dem Gebiete der Dementia senilis, paralytica, praecox in ihren verschiedenen Arten entnommen). Unter Demenz sind erworbene, bleibende, unheilbare Zustände verstanden. Die angewandte Untersuchungsmethode ist zum Teil neu, indem sie sich hauptsächlich den spontanen, in ihren Beschäftigungen usw. zutage tretenden Leistungen der Patienten zuwendet und aus diesen ihre Schlüsse zieht; daneben wird die rein experimentelle Psychologie angewandt (Psychologie d'observation expérimentale). Das Programm dieser Untersuchungsmethode wird im dritten Kapitel ausführlich erörtert. Eine neue experimentelle Art der Aufmerksamkeitsprüfung ist im sechsten Kapitel angegeben (Temps d'attention conjugée). Die Ergebnisse sind in 15 Schlußsätzen zusammengefaßt. Nach den Resultaten des Verfs. ist die Beobachtungspsychologie der Experimentalpsychologie grundsätzlich überzuordnen. Theoretisch und praktisch läßt sich eine Reihe von Abstufungen der Demenz feststellen, wobei zu beachten ist, daß der richtige Platz eines Dementen auf dieser Stufenleiter oft sehr verschieden ist von demjenigen, den man ihm zuweisen würde, wenn man den Nebenerscheinungen (Phénomènes paradémentiels) zu viel Rechnung trägt. Zu diesen letzteren gehören Halluzinationen und Wahnideen, ebenso Verwirrtheit. Alle diese Erscheinungen können keinen Maßstab für den Grad der Demenz abgeben; ebenso kann eine intellektuelle Schwäche, selbst erheblichen Grades, ohne wirkliche Gedächtnisschwäche bestehen, und umgekehrt eine extreme Gedächtnisschwäche und Beeinträchtigung der Merkfähigkeit ohne allgemeine intellektuelle Schwäche. — Die Reichhaltigkeit des Inhalts macht ein näheres



Eingehen auf diesen in Form eines kurzen Referats unmöglich; zweifellos handelt es sich um eine ebenso fleißige wie gediegene Arbeit, die von großem Wert für zukünftige psychopathologe Untersuchungen sein wird. Eine analytisch-kritische Biographie ist als Anhang beigegeben.

Schnitzler (377) berichtet über eine 36 jährige Frau, bei der seit etwa 3$^1/_2$ Jahren apathische Demenz mit schwerer Hemmung, begleitet von einer myxödemähnlichen Zunahme des Körpergewichts, sich entwickelte. Schließlich traten Herdsymptome (Fazialisparese, Ptosis, bulbäre Erscheinungen, links Fingerparese) hinzu. Patientin ging an einer Pneumonie zugrunde. Die Obduktion ergibt weder Herde noch Gefäßwucherungen, überhaupt keine arteriosklerotischen Veränderungen. Senile Plaques — Drusen — fehlten in allen Rindenarealen vollständig. Die Pia zeigt Fibroblasten-Wucherung und Fasernvermehrung, in ihrem frontalen Teile Durchsetzung mit zerstreut liegenden Lymphozyten. Als Hauptveränderung in den Rindenpräparaten weisen viele Zellen die Alzheimersche spezifische Fibrillen-Veränderung auf (durch Abbildungen illustriert), die eingehend bezüglich ihrer Genese vom Verf. untersucht und beschrieben werden. Am meisten sind der lob. front. und Gyr. hygocamp. betroffen. Weitere Zellenveränderungen bestehen aus körnigem Zerfall mit Abblassung des Protoplasmas; diese nicht typischen Veränderungen sind wahrscheinlich akuter Natur; ferner besteht ziemlich erheblicher diffuser Marksscheidenausfall und Beeinträchtigung der Tangentialfaserung, sekundäre Degeneration der Pyramidenseitenbahnen beiderseits. Verf. bespricht eingehend die klinisch und histologisch in Betracht kommenden differentialdiagnostischen Momente, insbesondere auch das Verhalten des Falles zum Begriff der Präsenilität und führt aus, daß hier dem myxödemen Komplex für das Zustandekommen der Hirnveränderungen eine analoge Rolle zuzuschreiben sei wie dem höheren Alter in den anderen Fällen; es liege ein zweifellos primärer thyreogener Komplex vor, der zu sonst nur auf präsenilem Boden beobachteten Veränderungen führte. Freilich fehlen manche senilen Züge, insbesondere sind die körperlichen Rückbildungssymptome nicht dem psychischen Bilde parallel ausgebildet. Verf. weist nach, daß der Begriff der Alzheimerschen Krankheit mit dem Vorkommen der Drusen nicht fest verwachsen sei, und will auch der Alzheimerschen Zellveränderung als solcher keine bestimmte Bedeutung in bezug auf ein spezifisches Krankheitsbild beimessen. Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung möchte er am ehesten — mit Spielmeyer — jene Fälle seniler Demenz zur Alzheimerschen Krankheit rechnen, „die von dem gewöhnlichen Typus dadurch abweichen, daß sie vor dem eigentlichen Senium auftreten, und daß sich bei ihnen rasch eine schwere Verblödung entwickelt neben Herderscheinungen asymbolischer und aphasischer Art". Die Hauptsache des Atypischen in der Alzheimerschen Krankheitsgruppe scheint eben in dem Nichtvorhandensein eines natürlichen, im engeren Sinne senilen Zustandes zu liegen. Eine definitive anatomische Grundlage für die pseudosenilen Krankheitsfälle ist noch nicht geschaffen. Die Alzheimersche Krankheit ist von der Alzheimerschen Zellenveränderung nicht ganz abhängig und noch weniger von den Drusen.

Hamel (180) veröffentlicht vier sehr eingehende Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daß die Presbyophrenie eine Reihe von Symptomen darbietet, die, wenn auch weniger ausgesprochen, auch bei der Dementia senilis in verschiedenen Graden sich wiederfindet, und daß andererseits die Presbyophrenie keinen für sie charakteristischen Zug aufweist, der sich nicht wenigstens andeutungsweise auch bei der Dementia senilis fände. Es gibt also zwischen den beiden Krankheiten alle möglichen Übergänge. Die



in Frage kommenden Symptome: Amnesie, Verworrenheit, intellektuelle Schwäche, Desorientierung, Fabulation, die „fausses reconnaissances", werden im einzelnen besprochen und bewertet. Verf. betrachtet danach die Presbyophrenie als eine klinische Varietät der senilen Demenz.

Truelle und **Bessière** (428) gehen davon aus, daß eine Reihe gemeinsamer Symptome bestehen zwischen dem sogenannten presbyophrenischen Syndrom und jenen toxischen und autotoxischen Syndromen, die unter dem Namen des „Délire onirique", der „Psycho-Polyneuritis", der „Confusion mentale" des „hepato-renalen Syndroms" usw. beschrieben sind, und beziehen sich auf die zahlreichen, diesen Gegenstand betreffenden Arbeiten, aus denen hervorgehe, daß man mangels jeder anderen endogenen oder exogenen Intoxikation die eigentümlichen traumhaften Delirien und den charakteristischen Verwirrtheitszustand einer Autointoxikation zuschreiben müsse, die in einer hepato-renalen akuten oder chronischen manifesten oder latenten Insuffizienz ihren Grund habe. Bei einer Reihe von Fällen, die nach den klinischen Erscheinungen in fünf Gruppen geteilt werden, haben die Verf. die Nieren auf ihre Durchgängigkeit für Methylenblau geprüft und Untersuchungen auf alimentäre Glykosurie angestellt (nach den üblichen Methoden) und glauben aus den Resultaten immerhin den Wahrscheinlichkeitsschluß ziehen zu dürfen, daß die Ursache der chronischen Form jenes Syndroms in einer permanenten Autointoxikation liegen könne, die ihrerseits in den Anzeichen einer Leber- oder Niereninsuffizienz zum Ausdruck komme. Verf. geben selbst zu, daß ihre Untersuchungen nicht mehr als eine Wahrscheinlichkeitshypothese zuließen.

Lafora (235): 57 jähriger Mann erkrankte an Verfolgungsideen, Erregung, Inkohärenz, später Ratlosigkeit, Störung der Merkfähigkeit, Nahrungsverweigerung, Echolalie, lang andauernde Perseverationen, Unsauberkeit; rascher Fortschritt der hochgradigen Verblödung bis zum Tode nach ca. 5 jähriger Krankheitsdauer. Die histologische Untersuchung zeigte die bekannten Veränderungen der Neurofibrillen oder des perizellulären Retikulums („Ganglienzellenkörbe"), große Mengen von milliaren Plaques, massenhafte Zellenausfälle. In bestimmten Gebieten der Rinde starke Gliawucherung. An einzelnen Stellen des Kortex starke Verkalkung der Wandungen der kleinen Gefäße.

Devaux und **Logre** (109) geben einen Überblick über die Entwicklung des Begriffs der Presbyophrenie (Wernicke, Kräpelin, Dupré u. a.). Wernicke beschrieb die Presbyophrenie als klinisch fast identisch mit der polyneuritischen Psychose und im wesentlichen als eine autonome Krankheit, obwohl die von ihm charakterisierten klinischen Erscheinungen sehr heterogener Art waren (einerseits Sinnestäuschungen, Verwirrtheit, Heilbarkeit, andererseits Abwesenheit von Sinnestäuschungen, Chronizität, Unheilbarkeit). Kräpelin betonte das Symptom der Demenz und sieht in der Presbyophrenie nur eine klinische Form der senilen Demenz; sie ist nach ihm für die Psychosen des Alters das genaue Pendant zu dem, was die Hebephrenie für die Psychosen der Pubertät ist. Nach Dupré stellt sich die Presbyophrenie im wesentlichen als eine Form der Korsakoffschen Psychose dar, bei der auch einzelne polyneuritische Erscheinungen in der Regel festzustellen sind. Die anatomisch-pathologischen Befunde bei der Presbyophrenie geben keine Grundlage für eine einheitliche Auffassung, finden sich vielmehr häufig bei Greisen und stellen im wesentlichen Abbaustoffe des Nervengewebes dar. Nach den Verf. kann sich das klinische Bild der Presbyophrenie bei der Korsakoffschen Psychose in jedem Lebensalter entwickeln und ist nicht charakteristisch für eine Varietät der senilen Demenz. Es handelt sich also lediglich um ein Syndrom. Dasjenige Symptom, daß diesem Syndrom am



ehesten einen individuellen Charakter verleiht, ist die Konfabulation, wenn es auch durchaus nicht konstant, nicht einmal sehr häufig ist. Die andere Grunderscheinung ist die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, die „Amnesie de fixation" mit der konsekutiven Desorientierung für Zeit, Raum usw. Sie stellt ein sehr gewöhnliches Symptom dar, das sich sehr häufig andeutungsweise oder voll ausgebildet, bei allen Formen der senilen Demenz oder der Korsakoffschen Psychose vorfindet. Aus diesen beiden Elementen entwickelt sich das Syndrom der „Amnésie fabulante", das die Verf. nunmehr einer klinisch psychologischen Betrachtung unterziehen, der die Wiedergabe von sechs Beobachtungen vorangeht. Es wird dargetan, daß dieses Syndrom — Konfabulation und Verlust der Merkfähigkeit — nicht nur bei seniler Demenz und beim Korsakoff, sondern auch bei Epilepsie, Paralyse, organischer — besonders syphilitischer und arteriosklerotischer — Demenz sich entwickeln kann. Bei allen Kranken war insbesondere die Störung der Merkfähigkeit deutlich ausgesprochen. Sie bildet einen günstigen Boden für die Entwicklung der Konfabulation in Form des komplementären" Fabulierens. Die Verf. unterscheiden drei Modalitäten der Konfabulation, die erste, die den Traumzuständen äquivalent ist, ferner eine „paramnestische" bzw. „ekmnestische" und endlich eine „mythopathische konstitutionelle". Die erste kann direkt mit Zuständen von Traum und Traumdelir alternieren, die paramnestische schöpft ihre Themata aus der weit zurückliegenden Vergangenheit, in der die Gedanken und die Einbildung des Patienten ausschließlich verweilen; oft haften diese an einer bestimmten Periode der Jugend oder der Kindheit („ekmnestische" Konfabulation). Die mythopathische Konfabulation charakterisiert sich durch einen reicheren Inhalt, der Kranke hat stets eine Geschichte bereit und improvisiert; der Umfang der Konfabulation entspricht nicht einfach dem Gedächtnisdefizit, sondern erweitert sich darüber hinaus durch produktive Schöpfungen. Fast stets glaubt der Kranke an seine Fabulationen, seine Einbildung entspricht gewissermaßen den psychologischen Gesetzen der Kindheit.

Burr (71) weist darauf hin, daß akute Verwirrtheitszustände im Greisenalter keineswegs immer die Folge einer bestehenden zerebralen Arteriosklerose sein müssen. Nach der Ansicht des Verf. handelt es sich bei weitem häufiger um eine Autointoxikation, die auf eine plötzlich auftretende Funktionsstörung der sklerosierten Nieren zurückzuführen ist. Einige Krankengeschichten, die diese Auffassung bekräftigen sollen, werden kurz wiedergegeben.

Die Kranken von **Baroncini** (26) litten alle an sogenannten funktionellen Dementiazuständen und gehörten dem Terminalstadium der Erkrankungen an: organische, paralytische, epileptische und senile Demente waren von den Versuchen ausgeschlossen; die Gesamtzahl der Antworten stand in keinem scheinbaren Verhältnis zum Grad der Geistesschwäche der Patienten; daraus geht hervor, daß die Resultate der Binetschen und Ferranschen Proben bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig sind.

(*Audenino.*)

Dupré und **Logre** (125): Unter Mythomanie wird die konstitutionelle Neigung zum Lügen, Fabulieren und Simulieren verstanden; wenn diese Neigung zu fiktiven, mehr oder minder dauerhaften und systematischen Produktionen führt, denen der Patient selbst Glauben schenkt und seine Handlungen anpaßt, so entsteht aus der Mythomanie das „Délire d'imagination". Dies entspricht im wesentlichen dem Krankheitsbild, wie es von Bonhöffer und Neisser in letzter Zeit beschrieben wurde (Délire de confabulation), wie es aber von zahlreichen anderen Autoren schon längst gekannt, unter



verschiedenem Namen und bei verschiedenen Psychosen geschildert worden ist. Das Délire d'imagination ist zu unterscheiden vom Delirium halluzinatorium und vom Delirium interpretationis. Ersteres stellt eine Störung der Perzeption dar; der Kranke glaubt an seine Wahrnehmungen, die freilich in Wirklichkeit rein subjektiv sind. Beim Delirium interpretationis ist die Perzeption eine objektiv richtige, dagegen werden die Wahrnehmungen falsch interpretiert, ihre Beziehungen, ihre Bedeutung nicht nach den Regeln normaler Logik verarbeitet. Die Dialektik ist nicht vermindert, wohl aber eine verkehrte; das logische Gleichgewicht ist gestört; das, was sich beim halluzinatorischen Deliranten im Gebiete des Sensoriums vollzieht, geschieht bei ihm auf demjenigen der Logik (suractivité sensoriel — suractivité logique). Er geht auf dem Wege beständiger Induktion oder Deduktion vor (Inferenz). Beim Délire d'imagination handelt es sich um Intuition, Erfindung, Autosuggestion, um eine endogene, originäre Fiktion, eine subjektive Produktion. Der Kranke überträgt von Anfang an seine Ideenassoziationen ins Gebiet der Wirklichkeit. Wirkliche Tatsachen können wohl anregend wirken, sie bieten aber nur das Thema, an welches sich freischaltend die imaginären Gedankenbildungen anknüpfen. Der Kranke glaubt von Anfang an ohne Selbstkontrolle an seine Fiktionen. In Wirklichkeit ist die Trennung der erwähnten drei Gruppen natürlich nicht immer scharf durchzuführen; gemeinsame Symptome, allmähliche Übergänge kommen vielfach vor. Beim Délire d'imagination erweitert sich ohne Einhalt das vom Patienten erfundene Fabelgebiet. Als klinisches Merkzeichen dient die unmittelbare Feststellung des rein Imaginären der Vorstellungen (Fabulation extemporanée), bei denen man den Kranken sozusagen in flagranti ergreifen kann.

Das Délire d'imagination wird sowohl verhältnismäßig isoliert, als besondere Form der Verfolgungs-, der hypochondrischen, besonders der Größenideen usw. beobachtet, wie auch als Syndrom bei den verschiedensten Psychopathien. Isoliert kommt es bei den Debilen, besonders bei den Erfindern, assoziiert, als Syndrom, vorzugsweise bei den Zuständen der Verwirrtheit und bei Dementen vor. Die Verfasser gehen unter eingehender Darlegung der entsprechenden charakteristischen klinischen Züge die verschiedensten Zustände durch, bei denen das genannte Syndrom beobachtet wird: Exaltation, Depression, Formen der Verwirrtheit, der Demenz, allgemeine Paralyse, Hysterie.

Das Délire d'imagination stellt also keine Einheit dar; ihm sowohl wie dem Delirium halluzinatorium und dem Delirium interpretationis liegen ursprünglich affektive Störungen zugrunde und eine mangelhafte Selbstkritik. Als intellektueller Prozeß kommt lediglich die Fähigkeit in Betracht, den Vorstellungen zum Ausdruck zu verhelfen, die Form für deren Mitteilung zu finden, so verschieden auch bei den einzelnen Gruppen die Art ist, wie dies geschieht.

Régis (333) behandelt das Endstadium des „traumhaften Delirs"; die angeführten Beispiele betreffen ausschließlich Alkoholisten. In gewissen Fällen verlängert sich das Übergangsstadium vom Delirium zur Klarheit; während dieser Periode schwebt der Delirant gewissermaßen zwischen Irrtum und Wahrheit. Auch nach dem physiologischen Schlaf hält die Traumillusion sehr häufig an, dauert aber stets und ausnahmslos nur einen Augenblick, beim pathologischen kann sie mehrere Tage oder Wochen andauern. Im allgemeinen kann man hierbei wieder drei Zeitphasen unterscheiden: während der ersten hat der Patient die volle Überzeugung, das volle Gefühl von der Wirklichkeit seiner Traumerlebnisse derart, daß seine Empfindungen und Handlungen mit dem Inhalt jener in Einklang stehen. Die zweite Phase ist dadurch charakterisiert, daß der Patient stutzig wird und zweifelt, den



eigenen und fremden Einwendungen zwar noch Widerstand leistet, aber doch sichtlich diesen mehr zugänglich wird. Häufig macht sich ein erhebliches Schwanken bemerkbar insofern, als er seine deliranten Ideen als Einbildung ansieht, aber nach kurzer Zeit von neuem in den Glauben an die Wirklichkeit dieser zurückfällt. Die dritte Phase bringt den Patienten zu voller Klarheit und Einsicht in die Irrtümlichkeit seiner Vorstellungen. Diese Phase kann ganz plötzlich und unmittelbar eintreten, in anderen Fällen entwickelt sie sich langsamer, progressiv. Verfasser charakterisiert dann noch die Unterschiede zwischen dem charakterisierten Endstadium und einer wirklichen Fortdauer des Deliriums.

Jones (211) bespricht an der Hand einer größeren Anzahl von Beispielen die Beziehungen der Träume und der psychoneurotischen Symptome zueinander. Beide Erscheinungen wachsen auf dem gleichen Boden aus dem gleichen psychischen Material mittels identischer psychologischer Prozesse; sie stellen nur verschiedene Wege dar, auf denen sich die verdrängten Wünsche offenbaren. Der Traum ist die Neurose des Gesunden, die Neurose der Traum des Kranken. Manche Träume haben ausgesprochen visuellen Charakter und finden ihr Gegenstück in den Halluzinationen Geisteskranker, bei denen der gleiche symbolisierende Mechanismus eine Rolle spielt wie bei den Träumen. Besonders hervorgehoben werden ferner in der ganz in Freudschen Anschauungen aufgehenden Arbeit folgende Punkte:

1. Träume und psychoneurotische Symptome unterliegen in gleicher Weise leicht dem Vergessenwerden oder späteren Verdrehungen (sekundäre Bearbeitung, Freud). Auch die Dauer der Symptome wird von den Kranken häufig unterschätzt.

2. Die Symptome gleichen häufig auch in ihrer äußeren Erscheinung den Träumen (hysterische Traumzustände).

3. Ausschlaggebend für die Gestaltung von Träumen und Symptomen ist die Wechselwirkung zweier Kräfte; die eine von diesen ist ihre eigentliche Quelle, der „latente Inhalt", der aus verdrängten Komplexen seine Entstehung nimmt, Gedanken und Wünsche enthält, die dem bewußten Ich unannehmbar erscheinen und deshalb verdrängt sind. Die andere Kraft ist die intrapsychische Zensur, die verhindert, daß der latente Inhalt unverändert ins Bewußtsein gelangt und aus ihm (im Traum nach vorhergegangener Verdichtungsarbeit) den manifesten Trauminhalt bzw. das psychoneurotische Symptom entstehen läßt. Traum und Symptom sind daher allegorische Darstellungen latenter Gedanken.

4. Der latente Inhalt ist stets
   a) unbewußt;
   b) von hoher Bedeutung für das Individuum;
   c) infantilen Ursprungs;
   d) gewöhnlich sexueller Natur;
   e) die Erfüllung eines oder mehrerer verdrängter Wünsche.

5. In vielen Fällen ist der latente Inhalt von Träumen und psychoneurotischen Symptomen identisch. Das Studium der Träume der Kranken ist daher für die Kenntnis der Pathogenese der Neurose von hoher Bedeutung.

Halberstadt und **Arsimoles** (179) führen aus, daß drei Gruppen von geistigen Störungen in ihren Beziehungen zum Diabetes in Betracht zu ziehen sind:

1. Solche, bei denen es sich lediglich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, und zwar kann sich jede Psychose im Verlauf des Diabetes entwickeln.



2. Die eigentlichen diabetischen geistigen Störungen, durch Autotoxine verursacht (Koma diabeticum, präkomatöse Zustände, Narkolepsie).
3. Diejenigen Formen, die zwar als diabetische Psychosen beschrieben wurden, indes nicht zu der zweiten Gruppe gehören; bei diesen spielt der Diabetes offenbar nicht die Rolle, die man ihm bisher zugeschrieben hat. Diese Psychosen treten zur Zeit der Involution auf, zumeist besteht gleichzeitig Alkoholismus oder Arteriosklerose. Nach Ansicht der Verfasser handelt es sich um senile oder präsenile Erkrankungen, bei denen der Diabetes seinerseits lediglich den bekannten Einfluß auf Entwicklung der Arteriosklerose und auf die Seneszenz ausübt.

Birnbaum's (52) Aufsatz lehrt, daß die Betrachtung krankhafter Eifersuchtszustände ständig ein Zurückgreifen auf die analogen Züge des normalen psychischen Lebens erfordert. Erst durch die Beziehung zwischen diesen letzteren und der pathologischen Eifersucht wird vieles sonst Schwerverständliche klar, ebenso wie die Alltagsphänomene der Eifersucht durch Erörterung der pathologischen an Verständnis gewinnen.

Kozowsky (230) kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Dilirium acutum ist eine Erkrankung, welche durch verschiedenartige schädliche toxische Agentien hervorgerufen wird. 2. Das Delirium acutum weist keine bestimmte anatomische Struktur auf. 3. Zur Entstehung des Delirium acutum sind erforderlich die vorhergehenden Veränderungen des Zentralnervensystems, welche eine gesteigerte Empfänglichkeit des letzteren für die schädlichen Agentien bedingen. 4. Zur Entstehung des Delirium acutum ist erforderlich entweder a) eine Steigerung der Einwirkung derselben toxischen Substanzen, durch welche die chronischen Alterationen hervorgerufen worden sind, oder b) der Eintritt einer neuen Noxe in den Organismus, die das Zentralnervensystem endgültig zerstört. (*Sossinka.*)

Hannes (181): Weder bei den asphyktisch geborenen noch bei den durch Kunsthilfe lebensfrisch zur Welt gekommenen Kindern sehen wir einen zahlenmäßig deutlich herausspringenden Unterschied hinsichtlich ihrer geistigen Entwicklung gegenüber der geistigen Entwicklung derjenigen Kinder, welche durch regelrechte und regelrecht dauernde Geburt spontan und lebensfrisch zur Welt gekommen waren. Auch bezüglich der Häufigkeit im Auftreten der Idiotie geht gleiches aus dem Beobachtungsmaterial hervor. Bei Zugrundelegung des objektiven, vom Geburtshelfer registrierten Geburtsberichts als anamnestischen Faktors bezüglich der Fragestellung, ob schwere und asphyktische Geburt in höherem Maße zu anormaler günstiger Entwicklung oder zur Idiotie disponiere als regelrechte und spontane Geburt, ist diese Möglichkeit im Gegensatz zu den Behauptungen Wulffs, Sachs, Mendels u. a. m. absolut zu verneinen. Ein Einfluß dieser Art besteht nicht. Auch ist die Annahme abzulehnen, daß die Zange dem Kinde eine dauernde Schädigung zufügen könne. (?) (*Sossinka.*)

Thoma (420): In der Zwangserziehungsanstalt befindet sich ein großer Prozentsatz geistig minderwertiger Individuen, von denen der weitaus größte Teil in der gemeinsamen Erziehung bleiben kann. Ein kleinerer Teil eignet sich jedoch für die gemeinsame Erziehung nicht und muß ausgeschieden werden. Aus diesem Grunde ist die Mitwirkung psychiatrisch vorgebildeter Ärzte nötig. Diese hätte in der Weise stattzufinden, daß nicht nur jeder Zögling vor der Aufnahme einer genauen Untersuchung zu unterziehen ist, sondern auch, daß die Anstalten in regelmäßigen Zwischenräumen ärztlich kontrolliert werden müssen. Für die geistig Minderwertigen unter den Zwangs-



zöglingen, die nicht etwa in eine Epileptiker-, Idioten- oder Irrenanstalt gehören, deren Abnormität aber die kürzere oder längere Entfernung aus der gemeinsamen Erziehung ratsam erscheinen läßt, wäre die Einrichtung einer unter psychiatrisch ärztlicher Leitung stehenden Abteilung wünschenswert. In den Zwangserziehungsanstalten ist eine möglichst freie Behandlungsweise anzustreben. (*Sossinka.*)

Binswanger (47) steht auf dem Standpunkt, daß krankhafte Anlagen, solange sie nur in unfertiger Form und in vereinzelten Merkmalen zutage treten, durch psychopädagogische Beeinflussung zu einem gewissen Ausgleich gebracht werden können. Das Grundprinzip dieser erzieherischen Tätigkeit wird lauten müssen: Methodische Übung der Kräfte, Erlangung der Herrschaft über sich selbst. Nur bei vollentwickelter Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Angstzuständen, Zwangsvorstellungen ist eine ärztliche Behandlung in Sanatorien zu empfehlen. Ist Krankenhausbehandlung notwendig, so können nur solche Heilstätten in Frage kommen, in welchen außer der ärztlichen Bekämpfung der krankhaften Vorgänge eine zweckvolle Erziehung zur Arbeit und Pflichterfüllung geübt wird. (*Sossinka.*)

Haškovec's (185, 186) Ausführungen beziehen sich auf Böhmen. Manches dürfte auch für unsere Verhältnisse zutreffend sein. Es wird betont, daß in jedem Lehrkörper ein Schularzt vorhanden, und dieser nicht bloß ein tüchtiger Hygieniker, Prophylaktiker und Arzt für körperliche Krankheiten, sondern vor allem ein guter Neurologe, Psychiater und Psychologe sein sollte. Viele Fehler in der Behandlung der Schüler — z. B. Bestrafungen für ein Verhalten, das lediglich als Folge einer Krankheit zu betrachten sei — würden dann vermieden werden können. Aber auch der Lehrer muß über alle Qualitäten der Kindesseele gut unterrichtet sein. Verf. beschreibt die einzelnen, besonders im Kindesalter vorkommenden Krankheiten, wobei besonders die verschiedenen Formen des Schwachsinns, aber auch die hysterischen, epileptischen und psychasthenischen Zustände usw. berücksichtigt werden. Auch auf die Umgebung der Kinder, insbesondere auch auf die Lektüre müsse acht gegeben werden. Verf. teilt das nachahmenswerte amerikanische Schema für Untersuchungen der körperlichen und seelischen Eigenschaften des Kindes mit.

Steward (408) redet der psychiatrischen Schulaufsicht das Wort. Mittels systematischer Untersuchungen der Schulkinder können leicht schwachsinnige rechtzeitig erkannt und in besonderen Anstalten untergebracht werden, die sich ihre Erziehung fürs Leben angelegen lassen sein sollen. Auf diese Weise werden dem Volk Arbeitskräfte erhalten, die sonst in den Irrenanstalten verloren gehen. Verf. gibt ein Schema für die Untersuchungen an.

Friedjung (153) veröffentlicht Beobachtungen, die er an 55 Knaben und 55 Mädchen, zumeist im Alter von 3—11 Jahren, gemacht hat. Von diesen erwiesen sich 87 als mehr oder weniger neuropathisch, von diesen wiederum 7 Knaben und 11 Mädchen als ziemlich schwer neurotisch. Die Mädchen waren im allgemeinen schwerer betroffen. Unter den allgemeinen Symptomen stand die Ängstlichkeit im Vordergrunde, die sich in den verschiedensten Graden äußerte. Zu dieser gesellte sich in vielen Fällen nächtliche Unruhe, die nicht selten zum typischen Pavor nocturnus wurde. Regelmäßig zu beobachten waren Gereiztheit, Mangel an kindlichem Frohsinn, dabei zumeist eine zu rasche Entwicklung des Intellekts. In körperlicher Beziehung fanden sich die Erscheinungen einer allgemeinen Ernährungsstörung: Unterernährung, Anorexie, häufig habituelles Erbrechen und Obstipation; ferner Anomalien der Harnentleerung: Pollakisurie ohne Ver-



änderung der Harnmenge, Enuresis nocturna et diurna. Interessant war die Beobachtung, daß manche interkurrente Erkrankungen bei diesen Kindern einen modifizierten bzw. scheinbar erschwerten Verlauf nahmen. Als ursächliches Moment kommen nach Ansicht des Verf. in erster Linie das Übermaß der Liebe und die Zärtlichkeiten in Betracht, die sich auf das eine Kind häufen. Er gibt indes zu, daß der hierbei obwaltende psychische Mechanismus der weiteren Erforschung bedarf. Prophylaxe und Therapie müssen sich naturgemäß hiernach richten. In einzelnen Fällen ist Versetzung des Kindes in ein anderes Milieu erforderlich.

Das Buch von **Scholz** (379) ist, wie das Vorwort besagt, für Gebildete aller Stände geschrieben, soweit sie an der Jugendfürsorge interessiert sind. Verf. spricht zunächst über die Grenzen geistiger Gesundheit, Anlage, Vererbung und Entartung, über die Ursachen und körperlichen Grundlagen und Begleiterscheinungen, um sodann ausführlich den Schwachsinn in allen seinen Schattierungen zu behandeln. Dann folgen die Kapitel über die Neurosen und hierauf die ausführliche Darstellung der Psychopathien; hieran schließen sich die Störungen in der Pubertätszeit und die Behandlung des Selbstmordes. Sehr ausführlich wird die Therapie in ihren weitesten Beziehungen behandelt und schließlich eingehend die soziale Fürsorge mit all ihren Unterfragen gewürdigt. — Wie eingangs erwähnt, ist das Buch für Laien geschrieben, trotzdem wird auch der Arzt manche wertvollen Winke daraus entnehmen können. Das anomale Kind gehört in das Behandlungsreich sowohl des Arztes wie des Pädagogen. Es ist dankenswert und notwendig, daß der Pädagoge und nicht nur dieser, sondern, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, alle diejenigen über dieses schwierige Gebiet aufgeklärt werden, die ihr Beruf, ihre soziale Tätigkeit oder ihr verwandtschaftliches Verhältnis mit dem anomalen Kinde in nahe Berührung bringen. Bei einem derartigen Werke die richtige Grenze zwischen zu starker Betonung des rein Wissenschaftlichen und zwischen allzu populärer Darstellung zu ziehen, ist eine überaus schwierige Aufgabe, um so mehr als der Bildungsgrad der Leser erfahrungsgemäß ein recht verschiedener ist. Ich habe den Eindruck, daß dem Verf. die Lösung dieser Aufgabe gut gelungen ist, und daß das Buch vielfach Nutzen und Aufklärung bringen wird.

Rybakoff (367) berichtet über einen 12 jährigen Schüler, der an Pseudologia phantastica infantilis litt. Verf. hebt folgende Momente hervor, die dieses Leiden von der Lügenhaftigkeit Degenerierter unterscheiden: 1. das episodische Auftreten der lügenhaften Erzählungen unter dem Einfluß irgendeines Motives bei jüngeren Individuen, die sonst keine lügenhaften Charakter besitzen; 2. sie sind das Produkt der Phantasie und 3. können mit den Jahren völlig schwinden. (*Kron.*)

Ziehen's (466) Schrift weist eindringlich auf die Notwendigkeit hin, für die psychopathischen Kinder der unbemittelten Volksklassen geeignete Anstalten (Psychopathenheime) zu gründen. Psychopathische Kinder gehören weder in Erziehungshäuser, sei es für psychisch abnorme Fürsorgezöglinge (obwohl man hier noch am ehesten anknüpfen könnte), sei es für schwachsinnige Kinder, noch gar in Irrenanstalten, die in den meisten Fällen direkt schädlich wirken. Sie sind weder schwachsinnig noch geisteskrank; sie bedürfen eines ganz speziellen Unterrichtes, der ihrer Veranlagung Rechnung trägt. Sich selbst überlassen oder in ungeeignete Umgebung gebracht, verfallen sie dem Verbrechen oder der Prostitution oder der Irrenanstalt und somit in den meisten Fällen schließlich der öffentlichen Fürsorge. Die Gründung geeigneter Heime würde der Gemeinde und dem Staat, wie eine einfache Berechnung ergibt, nicht nur keine Mehrkosten aufbürden, sondern

beträchtliche Summen ersparen, da zahlreiche Kinder einer selbständigen Existenz zugeführt werden könnten, die sonst sicherlich früher oder später der öffentlichen Versorgung anheimfallen müßten. Verf. charakterisiert kurz die einzelnen Arten der psychopathischen Konstitution und führt charakteristische Beispiele auf.

Ziehen (468) behandelt in der Fortsetzung seiner Arbeit die körperlichen Symptome der psychopathischen Konstitutionen. Diese können in einzelnen Fällen ganz fehlen, in anderen finden sie sich mehr oder minder zahlreich. Sie hängen größtenteils von der ätiologischen Grundlage der psychopathischen Konstitutionen ab und werden daher nach diesen gesondert besprochen, und zwar: 1. bei der degenerativen psychopathischen Konstitution; hier sind besonders häufig abnorme Bildung der Genitalien, abnorme Behaarungen, abnorme Proportionen der einzelnen Körperteile, 2. bei der hysterischen psychopathischen Konstitution, bei der halbseitige und topische Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen am wichtigsten sind, 3. bei der neurasthenischen psychopathischen Konstitution, bei der die Ermüdbarkeit und die Hyperästhesie im Vordergrunde stehen, 4. bei der toxischen psychopathischen Konstitution, 5. bei der traumatischen psychopathischen Konstitution, bei welcher besonders die traumatische Cephalaea, die Schwindelanfälle und auch leichte Koordinationsstörungen zu erwähnen sind. — Von einem absoluten Parallelismus der körperlichen und der psychischen Symptome kann nicht die Rede sein.

Major (261): Es soll nicht bestritten werden, daß die vom Verf. veröffentlichten ausführlichen Krankengeschichten auf fleißiger und eingehender Beobachtung fußen, und es ist nicht zu leugnen, daß er, obwohl Laie, auf dem Gebiete der ärztlichen Beobachtung und Untersuchung es zu einer beachtenswerten Erfahrung gebracht hat. Dennoch will es mir scheinen, daß es besser wäre, wenn der Pädagoge sich mehr auf pädagogische Probleme beschränken und uns die diesbezüglichen Erfahrungen zugänglich machen würde. Auf dem Gebiete der pädagogischen Therapie der kindlichen Psychopathien stehen noch zahlreiche Fragen aus, die der Beantwortung harren.

Jeffrey (203) sieht die Grundlage der „emotionellen Diathese" (eine Bezeichnung, die er der üblichen „neuro-psychopathische Konstitution" vorzieht, weil ein erregbares Individuum keineswegs psychopathisch zu sein braucht) in mangelhafter Funktionstüchtigkeit gewisser Assoziationsbezirke, die der Kontrolle psychischer Prozesse dienen. Übermäßige Entwicklung eines Assoziationsbezirks auf Kosten der anderen kann sich als Genialität dokumentieren. Die emotionelle Diathese kann durch Überarbeitung entstehen, wenn das Individuum ungeachtet der Ermüdung, die infolge Anhäufung von Widerständen gegen Reize in den primären Perzeptionszentren des Gehirns eintritt, weiterarbeitet. Die Ermüdung kann überwunden werden, da ihre Größe keine absolute ist, sondern mit dem Aufwand an Energie zunimmt, die zur Leistung einer Arbeit erforderlich ist. Wird der Warnungsruf der Natur, der sich als Ermüdungsgefühl kundgibt, dauernd unbeachtet gelassen, so häufen sich die Widerstände in den Gehirnzentren schließlich in einem so hohen Maße an, daß normale Reize nicht mehr perzipiert werden. Klinisch äußert sich dieser Zustand als Hemmung oder Apathie. Ist der Widerstand zwischen primären und sekundären Assoziationsbezirken unüberwindlich, so kann der Reiz sich auf benachbarte Bezirke fortpflanzen und somit falsche Reaktionen hervorrufen. So erklärt sich das Entstehen von Wahnideen als Folge fehlerhafter Assoziationen.

Birnbaum (49) kritisiert kurz die gebräuchlichen Beziehungen, insbesondere „psychopathische Minderwertigkeit" (Koch) und „psychopathische



Konstitution“ (Ziehen) und schlägt folgende Kompromißnomenklatur, als den praktischen Bedürfnissen am meisten entsprechend, vor:

Psychische Minderwertigkeit

physiologische — pathologische (**psychopathische Minderwertigkeit**)

erworbene — **konstitutionelle psychopathische Minderwertigkeit** (oder kürzer und daher besser) **konstitutionelle Psychopathie**

degenerative Krankheitsformen	**Degenerierte**	**Psychopathen**	**Psychopathische Persönlichkeiten**
(**leichtere „Grenz-“** und (freilich auch) **ausgeprägtere** Krankheitszustände auf konstitutionell-psychopathischem Boden)	(Individuen mit konstitutionellen **körperlichen und psychischen** Anomalien)	(Individuen mit konstitutionellen **psychischen** Anomalien)	(Individuen mit abnormer Charakteranlage)

Erfahrungsgemäß bleiben alle Psychiater bei ihrer eigenen Nomenklatur.

Kreuser (232) gibt eine zusammenfassende Darstellung der einzelnen Arten der psychopathischen Degeneration, die er als unzweideutige Verkümmerung des Gemütslebens und der auf diesem beruhenden sittlichen Gefühle definiert. Er bespricht 1. den geborenen Verbrecher; 2. jene Psychopathen, bei denen die Neigung zur Rechthaberei sich zumeist schon seit früher Jugend bemerkbar macht, durch welche die Beziehungen zur Außenwelt um so empfindlicher gestört werden, als eine ausgesprochene egozentrische Rücksichtslosigkeit mit ihr verbunden ist; hier bestehen oft Übergänge zum eigentlichen Querulantenwahn; 3. die Gruppe der Haltlosen, „vorzugsweise gekennzeichnet durch die Unfähigkeit zu selbständiger Lebensführung nach Richtlinien, wie sie von ihnen selbst als richtig nicht bestritten werden wollen“; 4. die pathologischen Lügner und Schwindler. — Alle diese Unterformen kommen viel seltener rein als in mancherlei Mischungen vor, gemeinsam ist ihnen die vorzugsweise endogene Grundlage. Die bekannten körperlichen Stigmata finden sich häufig, ohne daß man natürlich durch sie die Diagnose begründen könnte. Auf dem Boden der psychopathischen Degeneration können sich psychotische Zustände verschiedener Art gelegentlich entwickeln (Haftpsychosen usw.). Simulation ist sehr selten. Die forensische Beurteilung ist besonders schwierig, „da die Degenerierten beständig über die Grenze strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit hin und her pendeln“. Gefürchtete Gäste sind sie in den Irrenanstalten; diese müssen sich jedenfalls verwahren gegen die Zuschiebung dieser Kranken, falls die im Vorentwurf zu einem D. St.-G.-B. in Aussicht genommenen „sichernden Maßnahmen“ in einer solchen bestehen sollten.

Bornstein (60) gelangt zu folgender Zusammenfassung:

1. Es gibt keine selbständige Degenerationspsychose.



2. Bei Individuen, die in nervöser oder geistiger Hinsicht erblich belastet sind, können entweder akut oder chronisch psychotische Zustände auftreten, welche gewisse, besondere Merkmal aufweisen.

3. Ihre Besonderheit besteht vor allem darin, daß sie meist eine Verschlimmerung, einigermaßen eine starke Verstärkung, Steigerung des gewöhnlichen Zustandes bei solchen Individuen darstellen, und in sich die in der Seele solcher Individuen präformierten Elemente enthalten. Bei Hysterischen treten am häufigsten Dämmerzustände auf, in der konstitutionellen Erregung — ein manischer Zustand, in der Pseudologia phantastica — eine paranoide Form mit phantastischen Wahnideen, bei Individuen mit angeborener Zweifelsucht andere paranoide Zustände.

4. Sie besitzen ferner dieses gemeinsame Merkmal, daß sie sich häufig bei einem und demselben Individuum untereinander kombinieren, wobei dieser oder jener psychotische Zustand vorherrschen kann, je nachdem, welche psychischen Eigenschaften bei den Individuen im gewöhnlichen Zustand prävalieren.

5. Alle diese psychotischen Zustände haben meist eine Tendenz, in einer kürzeren oder längeren Zeit zu schwinden, ohne einen sekundären Schwachsinn nach sich zu ziehen.

6. Einige von diesen psychotischen Zuständen, wie gewisse Typen hysterischer Dämmerzustände (das Gansersche Komplex) und gewisse paranoide Formen zeigen eine Tendenz, besonders häufig unter dem Einfluß der Gefängnisatmosphäre, hervorzutreten, doch kommen sie auch in den alltäglichen Lebensumständen vor.

7. Psychotische Zustände bei Degenerativen stellen im allgemeinen nur eine krankhafte Reaktion solcher Individuen auf ungünstige Lebensbedingungen dar, und sind streng von denselben abhängig.

8. Auf Grund obiger Merkmale wolle man sie von anderen psychischen Störungen unterscheiden, und zwar von solchen, welche bei meist erblich nicht belasteten Menschen im Verlaufe der organischen (wie die Dementia praecox) auftreten und sogar solcher funktionellen Psychosen, wie das manisch-depressive Irresein oder die Paranoia chronica. Diese letzteren bilden gewissermaßen die letzten Ketten der langen Reihe degenerativ-psychotischer Zustände.

Naville (299) hat in dankenswerter Weise für die Schweiz die gleichen Untersuchungen angestellt, wie dies u. a. für Deutschland, England, Frankreich und Österreich in letzter Zeit von andrer Seite geschehen ist. Im ersten Teil der Arbeit wird ein Überblick über die geistigen Erkrankungen in den fremden Armeen gegeben und dabei unterschieden zwischen den Erkrankungen während bzw. im Gefolge eines Krieges und denjenigen, die — im Frieden — während der Rekrutenzeit und bei den älteren Soldaten, Unteroffizieren und Offizieren beobachtet wurden. Der zweite Teil beschäftigt sich, zum Teil auf eigene Beobachtungen gestützt, mit der Schweizer Armee: Zunächst Statistik, Prophylaxe, Haftpflicht. Die Psychosen der Rekruten und der alten (inkorporierten) Soldaten werden auch hier gesondert behandelt. Nur einige Punkte seien hervorgehoben. Die Zahl der im Zusammenhang mit dem Militärdienst Erkrankten ist eher eine relativ niedrige als hohe. Auch sie würde wesentlich eingeschränkt werden können, wenn eine Reihe praktischer Gesichtspunkte bei der Prophylaxe Verwertung finden würde. Vor allem würde die Zuteilung eines oder zweier Psychiater an jede Division zu empfehlen sein. Alle Arten von Psychosen kommen gelegentlich zur Beobachtung, besonders charakteristisch als „Rekrutenpsychose“ ist ein Depressionszustand mit Erscheinungen von Angst und Verwirrtheit bei zumeist Debilen oder von Haus aus ängstlichen und



zu Gemütsverstimmungen prädisponierten Individuen, die fast ausschließlich der Landbevölkerung entstammen. Diese Psychose entwickelt sich fast stets in den ersten 8 Tagen, oft auch noch früher. Im übrigen kommen bei den Rekruten einfache Melancholien und Verwirrtheitszustände vor, die als erste Manifestation einer Dementia praecox aufzufassen sind, oft aber zunächst in eine scheinbare Heilung übergehen, ferner manische, besonders jedoch katatonische Erregungszustände. Diese treten zumeist bei intelligenten und vorher gesunden Leuten ein. — Bei den alten (inkorporierten) Soldaten sind Depressionszustände selten, häufig dagegen Erschöpfungspsychosen und die paranoiden und katatonischen Formen der Dementia praecox. Naturgemäß sind Debile und Prädisponierte bei den alten Soldaten seltener. Fälle von richtiger Simulation wurden nicht beobachtet. Bei den Katatonen wurden oft sehr charakteristische militärische Attituden, auch Verbigerationen militärischer Kommandos beobachtet, bei den Paranoiden gelegentlich Wahnideen militärischen Inhalts.

Adam (2) befürwortet zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten im Heere und der auf ihnen beruhenden militärischen Vergehen, eine sorgfältige Prüfung der Rekruten auf ihren geistigen Zustand, ihr Vorleben und hereditäre Belastung. Besonders unter den Freiwilligen, namentlich der Fremdenlegion, finden sich zahlreiche Geisteskranke oder Degenerierte. Außerdem sei es notwendig, die Kenntnis der Psychiatrie unter den Ärzten und den militärischen Vorgesetzten zu verbreiten, um soweit als möglich, geistigen Erkrankungen und militärischen Delikten vorzubeugen. (*Bendix.*)

Jüttner (216): Der größere Prozentsatz der Grenzzustände kann wegen seiner ausgesprochen psycho- bzw. neuropathischen Veranlagung und seiner meist von Haus mehr oder weniger minderwertigen Gehirne den gesteigerten Anforderungen des Heeres- und Marinedienstes nicht genügen. Er wird während der Dienstzeit oft nicht nur persönlichen Schaden davontragen, sondern auch der gleichmäßigen Ausbildung, der Schlagfertigkeit und auch der Disziplin unabsehbaren Schaden zufügen können. Deshalb sind zunächst allgemein als dienstuntauglich anzusehen: Die Epileptiker, die Hysteriker mit ausgesprochenen seelischen Symptomen, die Imbezillen, die Debilen und die chronischen Alkoholiker: Während bei den genannten Gruppen die Untauglichkeit oft schon bei der Musterung oder Einstellung sich herausstellen wird, ist bei den Degenerierten meist erst im Verlauf der Dienstzeit eine Entscheidung möglich . . . Jeder Degenerierte, der wegen einer Straftat den Schutz des § 51 des StGB. gefunden hat, muß dann auch für den Militärdienst als nicht mehr tauglich angesehen werden . . . Die größte Gefahr für die Truppe bilden die intellektuell vollwertigen, moralisch aber verkommenen Degenerierten. (*Sossinka.*)

Bendixsohn (36): Als Ursachen, die zum Ausbruch von Geisteskrankheiten im russisch-japanischen Kriege führten, werden unterschieden endogene Ursachen (Disposition) und exogene Ursachen, d. h. die im Kriege gelegenen ätiologischen Momente. Bei den endogenen Ursachen handelt es sich entweder um eine angeborene Disposition (epileptische, hysterische, angeborenen Schwachsinn, geistige Minderwertigkeit im weiteren Sinne, erbliche Belastung) oder um eine erworbene Disposition, die durch chronischen Alkoholmißbrauch oder Überstehen von Lues hervorgerufen wird. (*Sossinka.*)

Das von der **American Neurological Association** (336) mit der Anstellung von Untersuchungen über das Vorkommen von Geisteskrankheit bei Eisenbahnbeamten beauftragte Kommitee veröffentlicht folgende Ergebnisse:

1. Unter 5832 Geisteskranken befanden sich 60 Angestellte von Eisenbahnen (über 1 %).



2. Unter 2083 in Irrenanstalten untergebrachten männlichen paralytischen Kranken waren 120 Angestellte von Eisenbahnen (fast 5 %).

3. In einem Zeitraum von 4 Jahren wurden von dem beamteten Arzt unter den Angestellten zweier Gesellschaften 26 Fälle von Geisteskrankheit, darunter 15 von progressiver Paralyse festgestellt.

4. Ernsthafte Unfälle infolge geistiger Erkrankung wurden nicht ermittelt, wohl aber solche leichterer Art; in einigen Fällen ist ein Unglück nur rechtzeitig verhütet worden.

Die gewonnenen Resultate illustrieren die große Wichtigkeit regelmäßiger spezialistischer Untersuchungen aller Personen, die sich auf so verantwortungsvollen Posten befinden.

Trömner (427) spricht sich bei diesen Leiden für Hypno-Therapie als eines rationell indizierten Heilverfahrens aus. Bei motorischen Schlafstörungen soll man zielbewußte Suggestionen nicht erst als Lückenbüßer, sondern von vornherein anwenden, um die volle Stoßkraft ihrer Wirksamkeit ungeschwächt ausnutzen zu können (?). (*Sossinka.*)

Fry (154) berichtet über einige Fälle, bei denen Schmerzen ohne objektiven Befund das Krankheitsbild beherrschten oder als alleiniges Symptom in Erscheinung traten, in der Absicht, über den rein nervösen Charakter der Schmerzen und ihre psychogene Entstehung aufklärend zu wirken, damit verkehrte Behandlungsmethoden und besonders operative Eingriffe mehr als bisher vermieden werden.

Essayantz (133) teilt die Krankengeschichte zweier junger Männer mit, die sich dem Militärdienst entzogen und späterhin unter dem Einfluß der Not bzw. der Gefangenschaft psychisch unter Symptomen erkrankten, die die Diagnose Dementia praecox nicht zweifelhaft ließen. Verfasser führt aus, daß bereits die Desertion als krankhafte Handlung anzusehen sei, und bespricht jenes oft eigenartige Verhalten solcher Kranken, das auf Simulation schließen lassen könnte, dennoch aber als Einfluß der Krankheit zu betrachten sei (Faxensyndrom, Bleuler).

Hoepffner (195): Außerordentlich phantastische Angaben eines Tuberkulösen über angebliche Erlebnisse. Der Autor vergleicht sie mit Pseudohalluzinationen. (*Sossinka.*)

Durch Askariden bedingte epileptische Konvulsionen sind bekannt, doch ungewohnt auf dieser Grundlage entstandener Vigilambulismus mit Pyromanie, wofür **Deák** (106) ein klassisches Beispiel aus der Lechnerschen Klinik bringt. Es handelt sich um einen 11 jährigen, hereditär stark belasteten Knaben, bei welchem mit typischer epileptischer Aura und Konvulsionen einhergehende Anfälle auftraten; die motorischen Erscheinungen sind zeitweise von Vigilambulismus ersetzt, bei welcher Gelegenheit der Knabe im Dämmerzustande einhergeht, überall Feuer und brennende Gegenstände sieht, mit Holzstücken alles anzünden will, diese Handlungen vor seiner Einbringung auch tatsächlich beging. Bei Bromdarreichung Vermehrung der Anfälle; nach Santonin gehen massenhaft Askariden ab, und sämtliche konvulsive und psychotische Erscheinungen schwinden. (*Hudovernig.*)

Séglas und **Collin** (383) berichten über eine 31 jährige Frau, die im Anschluß an eine starke psychische Erregung erkrankte; ihr Gatte hatte ihr Vorwürfe wegen eines vor mehreren Jahren von ihr begangenen Ehebruchs gemacht, aus dem auch ein totes Kind hervorgegangen war. Der Mann hatte hiervon erst jetzt erfahren, während Patientin noch im Glauben war, er wisse nichts davon. Fast unmittelbar an diese chokartige Erregung schloß sich der Ausbruch einer Psychose, deren Grundsymptom in einer tiefen Verwirrtheit bestand, die sich während aller Phasen der Krankheit



geltend machte, sowohl während der zunächst bestehenden traumhaften Delirien als während des dann folgenden Zustandes tiefer Verworrenheit (Dementia acuta) mit ausgesprochener Agitation, als endlich auch während des allmählichen Verschwindens der Symptome, von denen zuerst die Agitation sich verlor. Nach Eintritt der Heilung bestand eine Amnesie, die sich auf die ganze Zeit der Erkrankung und weiter, retroaktiv, auch auf die erregende Szene mit dem Ehemann erstreckte. Diese hatte demnach wie ein traumatischer Chok gewirkt, und ihrem Charakter (verheimlichter Ehebruch, Geburt eines diesem entstammenden Kindes usw.) entsprach es, daß der Inhalt der Delirien sich vorzugsweise auf die Genitalorgane und -funktionen bezog.

Noack (300) berichtet über einen Vizefeldwebel, der, sonst ein tüchtiger, zuverlässiger Soldat und nicht Alkoholist, etwa 14 Tage hindurch sich verändert zeigte, indem er unsolide lebte und erhebliche Trinkexzesse beging, dann einen Tobsuchtsanfall bekam, in dem er seine Umgebung bedrohte. Diese Erregung, verbunden mit Unbesinnlichkeit, Unklarheit, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, dauerte etwa $1^1/_2$ Tage. Unmittelbar hernach war die Erinnerung für die Erlebnisse während des Erregungszustandes erhalten, während kurz darauf Amnesie eintrat. Die Angaben des Patienten blieben durchaus konsequent, Simulation war um so mehr ausgeschlossen, als ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet, ihm überdies Straffreiheit zugesichert war. Verf. betont die Wichtigkeit derartiger Fälle für die forensische Beurteilung.

Beyreis (42) teilt die Krankengeschichte eines bei seiner Aufnahme 22 jährigen Mannes mit, bei dem der erste Anfall von Katatonie 9 Monate und 6 Tage, der zweite nach einem freien Zwischenraum von 20 Monaten eintretende 5 Monate dauerte, und der dritte nach einer Pause von 28 Monaten und 10 Tagen ausgebrochene nach 12 Tagen im wesentlichen abgelaufen war. Die Prognose ist nicht ungünstig mit Rücksicht auf die langen Zeiträume zwischen den Anfällen, sowie auf deren kürzer werdende Dauer. Andererseits kann ein weiterer Anfall möglicherweise auch zu dauernder Verblödung führen oder einen gewissen Defekt zurücklassen.

In einem Fall von Mittelohrentzündung mit Beteiligung des Warzenfortsatzes, den **Amberg** (14) berichtet, traten psychische Störungen auf, die zu der Annahme verleiteten, daß die eitrige Entzündung vom Ohr auf das Gehirn übergegangen sei. Diese Annahme bestätigte sich aber nicht, vielmehr war die geistige Erkrankung nur die Folge von Erschöpfung und Unterernährung und wäre auch aufgetreten, wenn nicht das Ohr, sondern ein anderes Organ erkrankt gewesen wäre. Eine richtige Diagnose in solchen Fällen ist mit Rücksicht auf die Entscheidung, ob ein chirurgischer Eingriff vorzunehmen ist oder nicht, von hoher Bedeutung.

Werelius und **Rydin** (448) haben das prozentuale Auftreten von Kropf bei Geisteskranken an 4184 Geisteskranken festzustellen versucht. Sie fanden 270 deutlich palpable Kröpfe, und zwar unter 2125 Männern 48 Fälle mit Kropf und bei 2059 Frauen 222 mal. Rechts fand sich Kropf fünfmal so oft. Nur zwei Fälle von typischem Basedow waren vorhanden. Dementia praecox bot den größten Prozentsatz an Kröpfen, aber auch unter den untersuchten Fällen. Aber nicht die katatonische Form, sondern die hebephrene Form der Dementia praecox bot den größten Prozentsatz (93%) dar. An Zahl der gefundenen Kröpfe folgten dann die involutive Melancholie und die Paranoia. Am meisten fanden sich Kröpfe bei den Eingeborenen. (*Bendix.*)

Mitchell (281) fand nervöse bzw. psychische Störungen im Anschluß an operative Eingriffe und Narkosen in 9% der Fälle (31 unter 344), wovon



nur $^1/_2$% auf Männer entfallen. Er schließt daran die Mahnung, Operationen, die nicht unbedingt notwendig sind, bei nervösen Individuen zu unterlassen, zumal wenn sie in der Hoffnung unternommen sind, die nervösen Erscheinungen zu bessern, was fast nie der Fall ist.

Koch (227) gibt eine Übersicht der bisher veröffentlichten Fälle und teilt die Krankengeschichte zweier von ihm selbst beobachteten Patienten mit. Er kommt zu dem Schlusse, daß zwischen Karzinom und Psychose ein zweifelloser Zusammenhang besteht. Letztere pflegt bei erblich zumeist nicht belasteten Individuen, die bis zu ihrer Erkrankung am Karzinom gesund waren, im Stadium bereits hochgradiger Kachexie etwa zwei Monate vor dem Tode ganz akut auszubrechen. Die Symptome, die im einzelnen besprochen werden, zeigen eine weitgehende Übereinstimmung bezüglich ihres psychischen wie ihres motorischen Verhaltens (auffallender Wechsel in der Gemütsverfassung, bald Euphorie, bald Stumpfsinn, Ängstlichkeit mit Neigung zum Selbstmord, bald völlige Klarheit, bald völlige Verwirrtheit und Unbesinnlichkeit, hochgradige geistige Ermüdbarkeit, Sinnestäuschungen bzw. Delirien, körperliche Unruhe). Das Auftreten der Psychose ist an sich in Betracht der enormen Veränderungen des Blutes und des Stoffwechsels wohl zu verstehen, wenn man auch noch nicht zu erklären vermag, warum sie sich nur bei einem geringen Prozentsatz der Karzinomkranken entwickelt, und auf welchem Wege die Kachexie imstande ist, eine Geistesstörung hervorzurufen. Vorderhand muß diese als Folge einer Autointoxikation angesehen werden.

Devine (111) berichtet über die Psychosen dreier Frauen, die gleichzeitig an Carcinoma mammae litten. Es handelt sich zwar um voneinander völlig verschiedene Krankheitstypen, das Gemeinsame sieht Verf. aber in der Tatsache, daß alle drei Kranke nicht wahr haben wollen, daß sie an einer schweren körperlichen Krankheit leiden. Sie alle täuschen sich darüber hinweg, die eine, indem sie behauptet, ihre Schmerzen rührten nur davon her, daß die Umgebung sie immerzu kneife, die zweite verdrängt ihre Befürchtungen „auf Kosten ihrer ganzen Geisteskraft", so daß sie gezwungen ist, ein rein vegetatives Dasein zu führen, endlich die dritte, indem sie in die Abwehrneurose flüchtet, die sich diesmal als Manie mit Verwirrtheit dokumentiert. Die Psychose ist eine Wunscherfüllung. „Als die Wirklichkeit zu hart wurde, wurden alle unterbewußten Wünsche aktiv, und die Kranke fand Zuflucht in einem Zustand von Delirium. Alle Befürchtungen waren verschwunden, ihre Gesundheit war wiederhergestellt, und eine Periode von dankerfüllter Glückseligkeit war hereingebrochen!"

O'Neill (304) berichtet über einen Fall von alveolärem Melanosarkom der Leber bei einer geisteskranken Frau. Der Fall ist insofern von Interesse, als der 22 englische Pfund wiegende Tumor, der $19^1/_2$ Zoll lang, 19 Zoll breit war und 36 Zoll Umfang hatte, nicht die geringsten Druckerscheinungen von seiten der rechten Lunge, des Herzens oder der Abdominalorgane hervorrief. Von großem Interesse ist neben dem rapiden Wachstum und dem abnorm hohen Gewicht auch das gänzliche Fehlen stärkerer Schmerzen bis wenige Tage vor dem Tode. Diese Tatsache ist nur zu verstehen, wenn man die mitunter enorme Indifferenz Geisteskranker gegenüber körperlichen Schmerzen in Betracht zieht.

Bolte (55) begutachtet einen 69 jährigen Mann, bei dem sich vor etwa 32 Jahren schmerzhafte Fettgeschwülste am Halse zeigten; gleichzeitig wurde er schwerer Alkoholist. Später entwickelten sich Schlaffheit des Wesens, Schweißausbrüche. Nach 19 Jahren schwere Gehirnerschütterung, dann Gelenkveränderungen, zunehmende allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen,



Krämpfe, progressive geistige Beschränktheit mit räumlicher und zeitlicher Desorientierung und stark beeinträchtigter Merkfähigkeit.

Parhon und **Urechia** (309) beschreiben zwei Fälle von Polydaktylie. Der erste betrifft eine schwachsinnige Kranke mit starkem Kropf (Cretinismus). Bei ihr handelt es sich lediglich um einen kleinen fleischigen Appendix in der Gegend des Metakarpus des kleinen Fingers beiderseits. Beim zweiten Fall handelt es sich um einen Patienten mit verschiedenen körperlichen Degenerationszeichen und den psychischen Erscheinungen des Negativismus u. a. m. Er hat einseitig einen überzähligen Finger auf dem Metakarpus des rechten Daumens. — Verf. betrachten in den beschriebenen Fällen die Polydaktylie nicht als einfache atavistische, sondern als pathologische Erscheinung.

Becker (32): Es wird Erwähnung getan des Othämatoms, der abnormen Brüchigkeit der Knochen, der habituellen Luxationen, und der Gelenkkontrakturen. (*Sossinka.*)

Bouchaud (63) kommt an der Hand von eigenen Beobachtungen zu folgendem Ergebnis: die Othämatome haben entweder einen rein blutigen oder einen serös-albuminösen oder einen serös-blutigen Inhalt. Die ersten entstehen gewöhnlich nach einem heftigen Trauma bzw. bei kachektischen Individuen. Die zweite Art ist selten und die Folge einer oft schwer nachzuweisenden leichten Reizung, die dritte ist die häufigste und entsteht dadurch, daß ein Bluterguß zu einem bereits existierenden serösen Exsudat hinzutritt. Enthält die Geschwulst wenig oder kein Blut, so ist eine frühzeitige Inzision angezeigt, um einer Deformation vorzubeugen.

Damaye (101): Frau von 56 Jahren erkrankte bereits seit ca. 20 Jahren jährlich einige Wochen an leichter Erregung mit Selbstmordideen, war sonst annähernd gesund. Dann traten schwere Erregungszustände ein mit großer Angst, sui- und homizidalen Gedanken, Nahrungsverweigerung, schweren hypochondrischen Ideen (kein Herzschlag, keine Verdauung, kann nicht gehen, nicht schlucken; „mein ganzer Körper ist wie aus Holz, die Augen sind verloren, habe keine Atmung, mein Schlund ist verschlossen, habe keinen Magen“ usw.); Angstvorstellungen: sie werde ersticken, aber trotzdem unter der Erde weiterleben, werde nicht sterben, selbst wenn man ihr die Kehle abschnitte usw. Diese schweren Anfälle wiederholten sich viermal unter steter Steigerung der Symptome, und ohne daß die Patientin zwischendurch ganz gesund geworden wäre. Sie starb an einer Grippe. Die Sektion ergab: schwere Atheromatose der Aorta und der Herzklappen sowie der Koronararterien, leichtere Veränderungen an den anderen Organen. Chronische adhäsive Entzündung der Pia, ausgesprochene Veränderung der Ganglienzellen der Hirnrinde.

Es handelt sich wahrscheinlich um Autointoxikation vom Tractus gastrointestinalis ausgehend. Für diese Annahme spricht auch die Beobachtung, daß Patientin unter dem Einfluß der Anstaltsbehandlung (Ernährung, Regelung der Verdauung) sich zwischendurch besserte.

Marie (267): 1. 61 jähriger Patient starb an einer Gefäßruptur im hinteren Teile der linken inneren Kapsel. Miliares Aneurysma im Niveau des tractus auditivus des Carrefour sensitif. Der sehr stark belastete Patient hatte seit etwa vier Jahren vor seinem Tode an Gehörshalluzinationen gelitten, die er oben links lokalisierte.

2. 49 jähriger Patient starb an einem retrokapsulären Bluterguß der rechten Hemisphäre, er hatte bereits vor der Hämorrhagie Gesichts- und Gehörssinnestäuschungen gehabt, die rechts oben objektiviert wurden.

3. Wird über einen Patienten berichtet, der ebenfalls Gesichts- und Gehörstäuschungen hatte, die stets nach oben rechts projiziert wurden. Später



erlitt er eine rechtsseitige Hemiparese mit vorzugsweiser Beteiligung der Gesichts- und leichten Sensibilitätsstörungen, gleichzeitig verdoppelten sich die Gehörstäuschungen, während die Gesichtshalluzinationen verschwanden, um mit dem Nachlaß der Lähmungserscheinungen sich wiedereinzustellen. Eine leichte Deviation der Zunge nach rechts mit Abschwächung der motorischen Kraft der gleichen Seite blieb bestehen. Keine Sektion. — Bei derartigen Fällen, in denen die Sinnestäuschungen nach derselben Seite lokalisiert wurden, auf der später die Lähmungserscheinungen auftraten, ist man versucht, die ersteren auf einen Gefäßreiz der entgegengesetzten Hemisphäre zurückzuführen. Dieser Gefäßreiz geht der Ruptur oder der Verstopfung des Gefäßes voraus, wie sich anatomisch durch den Befund der miliaren Aneurysmen oder älterer prähämorrhagischer kleiner Herde (lacunes de désintégration) nachweisen läßt. Es ist sehr wohl möglich, daß diese Alterationen Störungen im zerebralen Tonus und in der Tätigkeit der beteiligten Nervenzellen nach sich ziehen, lange vor Eintritt des eigentlichen Blutergusses.

Camus (74): 63jähr. Pat. erkrankt an Gesichtstäuschungen, nachdem er vier Jahre vorher von einer linksseitigen Hemianopsie infolge rechtsseitiger Okzipitalerkrankung betroffen war. Die Hemianopsie war eine totale und definitive. Der halluzinatorische Reiz konnte demnach nur auf den linken Hinterhauptslappen einwirken, und dementsprechend mußten die Visionen im rechten erhaltenen Gesichtsfeld sich objektivieren. Um für eine kortikale Reizung empfänglich zu sein, muß das Sinneszentrum mindestens teilweise erregbar sein; eine Projektion und Objektivation der Bilder ist nur möglich, wenn die Verbindungen zwischen Zentrum und peripherischem Neuron nicht vollständig gestört ist.

Eskuchen (130) bespricht einen einschlägigen Fall, bringt reiche Literaturangaben und kommt zu folgenden Ergebnissen: Der Zusammenhang zwischen halbseitigen Halluzinationen und Hemianopsie ist nur ein indirekter; die Halluzinationen sind prinzipiell eine selbständige Erscheinung. Der tatsächliche Entstehungsort der halbseitigen Halluzinationen ist immer die Rinde des entgegengesetzten Okzipitallappens, vorzugsweise die laterale Fläche; ob diese Beschränkung ausschließlich ist, steht nicht fest. Isolierte Rindenaffektion genügt, um halbseitige Halluzinationen hervorzubringen; Sehstrahlungsalteration ist nicht nötig. Halbseitige Halluzinationen können in seltenen Fällen auch durch isolierte Leitungsreizung (vordere Sehstrahlung, Traktus) hervorgerufen werden. Reine Fernwirkung (ohne Rinden- oder Leitungsaffektion) ist selten. Charakteristische Eigentümlichkeiten, die unbedingte Geltung haben, zeigt der Inhalt der halbseitigen Halluzinationen nicht; doch finden sich in ihrem äußeren Verhalten übereinstimmende Merkmale, die als differential-diagnostische Kriterien verwertbar sind. Bei dem enormen Überwiegen der direkten Rindenreizung ist der differential-diagnostische Wert der halbseitigen Halluzinationen sehr hoch anzuschlagen, doch ist er kein unbedingter. (*Sossinka.*)

Stransky (412): Im Anschluß an einen interessanten Fall kritische Bemerkungen, die den Gedankengängen Wernickes, Ziehens, Kraepelins und anderer Autoren in bezug auf das Zustandekommen von Halluzinationen sich nähern. (*Sossinka.*)

Alzheimer (12) beschäftigt sich auf Grund neuer Beobachtungen mit der Frage nach den klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten gewisser präseniler Erkrankungen, die sich klinisch durch eine sich rasch entwickelnde und in kurzer Zeit zu den tiefsten Graden fortschreitende Verblödung auszeichnen mit Herdsymptomen, besonders aphasischer und asymbolischer Natur. Mikroskopisch war eine eigenartige Degeneration der Ganglienzellen der Hirn-



rinde auffällig, mit Zusammenballen der Fibrillen, Änderung ihrer Färbbarkeit und Überdauern des Zellzerfalles, so daß schließlich zu Knäuel zusammengerollte oder schlingenförmig zusammengebogene Fibrillenbündel als Zellreste übrig blieben. Daneben fanden sich zahlreiche fleckförmige Herdchen in sehr großer Zahl über die Hirnrinde zerstreut. Bei dem mitgeteilten Falle handelte es sich um einen 54jährigen Mann, der langsam in einen tiefen Zustand von Verblödung geriet mit deutlichen agnostischen, aphasischen und apraktischen Störungen. Auffallend waren die zahlreichen Drusenbildungen im Zentralnervensystem neben den charakteristischen Zellfibrillenveränderungen. Trotz der auffallenden Abweichungen bezüglich der Lokalisation der Plaques — stärkere Beteiligung des Scheitel- und Schläfenlappens als des Stirnlappens — scheint der Krankheitsprozeß nahe Beziehungen zur Dementia senilis zu haben. (*Bendix.*)

Köhler (228) sucht den Zusammenhang von physischen Störungen mit der Tuberkulose darzulegen, und zwar unter welchen Bedingungen die Verknüpfung von Tuberkulose mit Neuropsychosen zustande kommt, worin die psychischen Aberrationen Tuberkulöser bestehen, und welche Grundlagen für die Annahme eines Kausalnexus zwischen Tuberkulose und psychischer Anomalie besteht. Bei dem Zustandekommen der Tuberkulose-Psychosen und -Neurosen scheint eine angeborene krankhafte Anlage des Nervensystems eine wichtige Rolle zu spielen. (*Bendix.*)

Unter 1360 Patienten fand **Travaglino** (425) 7 mit Neologismen. Es ist eine Art transkortikale Störung, Verwirrung der Wortbewegungsbilder. Sie kommen nur einmal mit einem bestimmten Begriffe in Verbindung und werden oft nur einmal produziert. Sie können nicht erklärt werden durch Aufmerksamkeitsstörung und Assoziationsverflachung allein; alle Kranke waren Demente. Eine begriffliche Bedeutung haben sie nicht. Verf. zeigt kein Verständnis für die psychoanalytische Seite der Frage. (*Stärke.*)

Cole (86) weist nach, daß die präfrontale Zone (Brodmanns area fronto-polaris), die gewöhnlich als der Hauptsitz der Intelligenz betrachtet wird und in der Demenz vorwiegend der Zerstörung anheimfällt, keineswegs phylogenetisch neu, sondern schon bei niederen Affenarten aufzufinden ist. Neu dagegen ist der Gyrus frontalis inferior, der auch bei den anthropoiden Affen nur rudimentär vorhanden ist, und dessen Entwicklung mit der Erwerbung spezifisch menschlicher Funktionen, der der Sprache, Hand in Hand geht. Aus diesen Tatsachen erschließt Verf. die Hinfälligkeit der von Hughlings Jackson vertretenen Theorie, die in der Rückbildung (dissolution) eine umgekehrte Evolution sieht. Wäre diese Theorie richtig, so müßte der Gyrus frontalis inferior, nicht die präfrontale Zone zuerst der Vernichtung anheimfallen.

Dixon (113) berichtet über plötzliche Todesfälle in Irrenanstalten. Die Autopsie war fast stets in der Lage, den Sachverhalt aufzuklären und diente wiederholt zur Entlastung unschuldig verdächtigter Krankenpfleger. Es wird darauf hingewiesen, daß Abszesse und Tumoren im Gehirn die Ursache eines plötzlichen völlig rätselhaft erscheinenden Todes sein können. Mitunter handelt es sich um das Platzen eines kleinen, nicht diagnostizierbaren Aortenaneurysma oder einer Koronararterie. Im epileptischen Anfall kann der Tod infolge Glottiskrampf oder Lähmung des Atemzentrums eintreten. Eine epileptische Kranke erstickte dadurch, daß sie im Anfall ihr Gesicht in das Kissen preßte und infolgedessen am Atmen verhindert war. Es wird ferner hingewiesen auf die Bedeutung des Status lymphaticus und auf das Vorkommen „intestinaler Strangulation" (Kompression der Trachea durch einen Mediastinaltumor).



Cotton und **Hammond** (93) veröffentlichen ausführlich Krankheitsgeschichte und Sektionsprotokoll eines Falles, den sie als kardiogene Psychose auffassen. Eine Mulattin erkrankt im Alter von 55 Jahren im Anschluß an eine durch den Tod ihres Bruders verursachte Erregung an einem Depressionszustand mit typischen Versündigungsideen und nächtlichen deliriösen Attacken. Wenige Wochen nach dem Beginn der Krankheit stirbt sie plötzlich an Herzlähmung. Die Autopsie ergab als Todesursache fettige Degeneration des Herzmuskels, der histologische Befund in der Hirnrinde stimmte im wesentlichen mit dem überein, den Jacob (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Sept. 1908) als charakteristisch für kardiogene Psychosen bezeichnet hat. Auch in der Symptomatologie zeigten sich weitgehende Übereinstimmungen mit den Jacobschen Fällen. Für die auffallende Tatsache, daß die Pat. drei Jahre vorher bereits einen ganz ähnlichen Depressionszustand durchgemacht hatte, haben die Verff. die Erklärung bei der Hand, daß damals dies Herzleiden einsetzte, mit dessen Besserung auch die psychischen Symptome zurücktraten. Hat diese Auffassung an sich schon etwas Gezwungenes (die Kranke hatte während der ersten Erkrankung gar keine Beschwerden von seiten des Herzens), so ist andererseits auch nicht einzusehen, warum die Psychose nicht als Melancholie des Rückbildungsalters und die Myokarditis als fatale Komplikation gelten kann, zumal die Krankheitsgeschichte nichts von Störungen seitens des Zirkulationsapparates berichtet.

Kinematographische Aufführungen mit phantastischem oder tragischem Inhalte können nach **d'Abundo** (1a) bei Neuropathikern Geistesstörungen hervorrufen. (*Audenino.*)

White und **Scholberg** (451) veröffentlichen Krankheitsgeschichte und Sektionsprotokoll eines Falles von Akromegalie mit psychischen Symptomen. Die Psychose dokumentierte sich als Manie mit Sinnestäuschungen und Ausgang in Demenz. Während der Erregung war der Kranke auffallend erotisch und machte Attentate auf junge männliche Kranke. Der Tod erfolgte in einem komatösen Zustand an lobärer Pneumonie; trotzdem war die Temperatur vor dem Tode subnormal, der Puls sehr verlangsamt und von geringer Spannung. Die Sektion ergab als Erklärung für diese auffallende Tatsache starke Veränderungen in der Struktur der Nebennieren infolge wiederholter Blutungen in die Drüsensubstanz. Die Erkrankung der Nebennieren ist nach Ansicht der Verff. möglicherweise auch die Ursache der sexuellen Perversion, die der Kranke in der Psychose an den Tag legte. Die post mortem-Untersuchung der Hypophyse ergab die für Akromegalie charakteristische Vergrößerung der Pars glandularis. Die Verf. weisen darauf hin, daß zweifellos viele der körperlichen Begleiterscheinungen der Geisteskrankheiten auf Störungen der inneren Sekretion zurückzuführen sind, und lenken die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Drüsen ohne Ausführungsgang im allgemeinen mit dem Hinweis, daß die Erforschung ihrer Beziehungen zur Geisteskrankheit für die Psychiatrie von unschätzbarem Nutzen sein wird.

Jennicke (205): 64 untersuchte Fälle stimmen mit dem Ergebnis früherer Untersuchungen überein. Selbst bei tiefster Verblödung ergaben sich Gewichte, die teils über, teils unter den für den normalen Menschen angeführten Durchschnittszahlen standen. Auffällig war nur der fast durchweg beträchtliche Gewichtsverlust bei Dementia praecox. (*Sossinka.*)

Als Anhänger der Korrektionsmethode, empfiehlt **Wladytschko** (458) eine Tabelle, die aus 9 geometrischen, sich oft und in einer bestimmten Weise wiederholenden Figuren besteht und in der Bechtereffschen Klinik schon 3 Jahre mit Erfolg angewandt wird. (*Kron.*)



Tintemann (421): Die Beobachtungen über Zuckerausscheidungen bei Geisteskranken zeigen, daß bei den verschiedensten psychischen Erkrankungsformen Glykosurien verschiedener Form und Dauer gefunden werden. Ein einheitlicher Gesichtspunkt für die Genese der Zuckerausscheidungen war nicht zu gewinnen. (*Sossinka.*)

Loewe (248): Es wird gezeigt, daß die Ausscheidung organischer Phosphorsäure im Tagesharn nach einem epileptischen Anfall eine bemerkenswerte Steigerung erfährt, und daß das Prozentualverhältnis zwischen Gesamtphosphorsäure und organischer Phosphorsäure in einer solchen Periode beim Epileptiker ganz besonders erhöht ist. (*Sossinka.*)

Loewe (249): Weitere Untersuchungen bestätigen die Feststellung einer Steigerung der organischen Phosphorsäureausscheidung nach dem epileptischen Anfall; sie weisen eine ebensolche Steigerung für eine Anzahl anderer, mit Anfällen verschiedener Art verbundener Krankheiten nach; eine Vermehrung der organischen Phosphorziffer im Harn wird weiter wahrscheinlich gemacht für bestimmte Phasen der Paralyse und des Delirium tremens, unwahrscheinlich erscheint eine solche für eine Anzahl anderer Erkrankungen aus dem psychiatrischen Gebiete, insbesondere für die Katatonie. (*Sossinka.*)

Juschtschenko (214) hat sich mit den fermentativen Prozessen bei Geisteskranken eingehend beschäftigt und bei ihnen und zum Vergleich auch bei einigen psychsich normalen und ganz gesunden Personen den Gehalt an Katalase, Pyokatalase, Nukleose, Antitripsin sowie die hämolytischen Eigenschaften des Serums festgestellt und die Reaktion der Komplementbildung ausgeführt. Er konnte nur nachweisen, daß die fermentativen und fermentartigen Prozesse im Organismus der Geisteskranken und schwer Degenerierten Störungen erleiden, die aber noch nicht so eindeutig sind, daß aus ihnen sichere Schlüsse gezogen werden können. Nur das läßt sich konstatieren, daß 2% Serumlösung von Patienten mit manisch-depressiven Psychosen, ebenso wie die gleiche Serumlösung Gesunder fast gar keine hämolytische Wirkung auf Hammelerythrozyten ausübt. Dagegen bringt die gleiche Serumlösung von Dementia praecox-Kranken und progressiver Paralyse gewöhnlich Hämolyse hervor. Die antitryptische Reaktion des Serums ist bei Paralytikern stark erhöht, bei Dementia praecox gewöhnlich unbedeutend, bei manisch-depressiven Kranken ziemlich unverändert. Der Katalasegehalt des Blutes ist bei progressiver Paralyse vermehrt, bei Dementia praecox häufiger herabgesetzt, besonders in Fällen, die im jugendlichen Alter begannen. Bei manisch-depressiven Psychosen ist der Katalasegehalt gewöhnlich wenig verändert. (*Bendix.*)

Wallis (446): Kommt auf Grund seiner umfangreichen Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Kreatininausscheidung ist bei Geisteskranken im allgemeinen subnormal, der Kreatinin-Koeffizient daher entsprechend niedrig.

2. Das von Geisteskranken ausgeschiedene Indigo scheint aus anderen Quellen zu stammen als der Darmfäulnis.

3. Die Ausscheidung von unoxydiertem (oder neutralem) Schwefel ist gering und deutet auf eine verminderte Zelltätigkeit hin.

4. Bei gewissen Formen der Geisteskrankheit scheinen Änderungen im Zellstoffwechsel eine Rolle zu spielen. Darreichung von Drüsenextrakten, die geeignet sind, eine Steigerung des Stoffwechsels herbeizuführen, erscheint daher angezeigt.

Butenko (72) hat in 180 Fällen verschiedenartiger Psychosen den Urin auf Vorhandensein der Ehrlichschen Dimethylamidobenzaldehydreaktion untersucht. Positives Resultat erhielt er in 36 bzw. 20% der Fälle.



Diese boten fast sämtlich Komplikationen von seiten der somatischen Sphäre, bald in Form einer akuten oder chronischen Infektionskrankheit, bald in Form irgendeiner Affektion der inneren Organe dar. Nur in 3 Fällen von progressiver Paralyse war eine somatische Erkrankung, die zur Erklärung der positiven Reaktion hätte herangezogen werden können, nicht ausfindig zu machen. In diesen Fällen wurde die positive Reaktion aber auf der Höhe des psychischen und motorischen Erregungszustandes beobachtet und war wahrscheinlich durch schwere Affektion des gesamten Organismus der Kranken durch Sättigung desselben mit toxischen Substanzen bedingt. In 5 unter 10 Fällen von Gehirnarteriosklerose, von denen in 7 Fällen positive Reaktion erzielt wurde, konnte der positive Ausfall nur durch die bestehende Arteriosklerose erklärt werden. Diese Tatsache verdient besondere Beachtung, da sie die Reaktion als differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei der Abgrenzung arteriosklerotischer Psychosen von paralytischen und funktionellen erscheinen läßt.

Stanford (401) fand bei zahlreichen Urinuntersuchungen, daß die Indikanausscheidung Geisteskranker erheblich variiert, ohne daß eine Änderung der psychischen Symptome sich bemerbar macht. Diese auffallende Tatsache ist zur Zeit noch nicht zu erklären. Umfangreiche Untersuchungen über die Beziehungen der Indikanausscheidung zu Geisteskrankheiten in verschiedenen Stadien ihres Verlaufs sind erforderlich.

Longworth (250) kommt auf Grund seiner Untersuchungen über den Blutdruck bei Geisteskrankheiten zu folgenden Ergebnissen:

1. Weder manische noch melancholische Zustände bewirken eine Änderung des Blutdrucks.
2. Dasselbe gilt für andere Psychosen mit Ausnahme kongenitaler Erkrankungen (meist handelt es sich um genuine Epilepsie), in denen der Blutdruck niedriger zu sein pflegt als normal.
3. Der Blutdruck hat gewisse Beziehungen zum Tonus der Muskulatur und nimmt mit dem höheren Lebensalter zu; lediglich aus diesem Grunde findet man in melancholischen Zuständen, die ja wesentlich häufiger als andere Psychosen ältere Individuen befallen, den Blutdruck erhöht.
4. Sedativa setzen in geringem Grade den Blutdruck herab.
5. Sehr enge Beziehungen bestehen zwischen Blutdruck und Arteriosklerose.

Maaß (255) hat bei einer großen Zahl von Geisteskranken und Nervenkranken das Verhalten des Restkohlenstoffs geprüft. Er faßt das Ergebnis seiner vorläufigen Untersuchungen dahin zusammen, daß der Restkohlenstoff im Blute von Paralytikern, Epileptikern, Alkoholdeliranten und chronischen Alkoholikern in welchselndem Grade vermehrt ist. Bei einzelnen dieser Erkrankungen läßt sich eine Parallelität der Steigerung des Restkohlenstoffs mit Exazerbationen im klinischen Zustandsbilde erkennen, besonders bei Epilepsie und dem Delirium tremens. (*Bendix.*)

Beltz (35) hat bei seinen Liquoruntersuchungen jeden Liquor auf Phase I, Gesamteiweiß und Zellgehalt untersucht und in faßt allen Fällen die Wassermannsche Reaktion mit dem Blutserum und Liquor angestellt. Seine Resultate faßt er dahin zusammen, daß die Nonne-Apeltsche Reaktion Aufklärung gibt bei Verdacht auf luetische Natur eines Nervenleidens. Sie ist stets positiv bei Paralyse, fast immer positiv bei Tabes, bei Verdacht auf Lues cerebrospinalis spricht positiver Ausfall für, negativer nicht sicher gegen diese Diagnose. Die entzündlichen Erkrankungen der Meningen, sowohl tuberkulöse wie eitrige, geben meist deutlich positive Reaktion. Bei meningealen Reizerscheinungen (im Verlauf einer Pneumonie, akuter Leuk-



ämie usw.) sowie unmittelbar nach einem epileptischen Anfall kann sie schwach positiv ausfallen. Für Lues cerebrospinalis ist eine gewisse Regellosigkeit bezüglich Ausfalls der verschiedenen Liquorreaktionen charakteristisch. Bei Tabes ist der Liquor Wassermann meist negativ. Eine auffallend starke Globulinreaktion bei Fehlen der Pleocytose muß den Verdacht auf Rückenmarkskompression lenken. (*Bendix.*)

Bornstein (59) hat seinen früheren mit Peritz ausgeführten Untersuchungen über die Lezithinausscheidung der Paralytiker im Darm, respektive im Blutserum, weitere Untersuchungen bei Epileptikern über Lezithingehalt des Blutserums angestellt. Er fand ebenso wie früher bei Paralytikern eine Vermehrung des Lezithingehaltes des Serums vieler Epileptiker und führt sie auf möglicherweise vermehrten Zerfall von Gehirnlipoiden zurück. (*Bendix.*)

Pighini (323) hat an 83 Fällen, darunter 4 Normalen, im übrigen aber Geisteskranken, die Menge des Cholesterins im Blutserum gemessen. Er fand bei Normalen ziemlich niedrige, zwischen 0,13 und 0,20 pro Mille betragende Zahlen mit einer spärlichen Menge von Oxycholesterin. Bei Geisteskranken schwankte aber im Blutserum die Menge des Cholesterins und Oxycholesterins sehr beträchtlich. Eine verhältnismäßig große Menge Cholesterin mit noch größeren Mengen von Oxycholesterin fand er regelmäßig im Serum der Fälle von manisch-depressivem Irresein, Alkoholismus und progressiver Paralyse. In den akuten Fällen von Dementia praecox wurde ebenfalls eine Zunahme konstatiert, bei anderen Erkrankungen waren die Werte oft nicht weit von dem Normalen entfernt. (*Bendix.*)

Babington (17) hat die Sera von 52 Geisteskranken auf ihre opsonischen Indices für den Bacillus coli communis, Streptococcus faecalis, Staphylococcus aureus und den Bacillus paratyphi untersucht und kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Der Index bei Geisteskranken ist durchschnittlich niedriger als bei Gesunden (besonders ausgesprochen beim Bac. coli comm.).

2. In hervorragendem Maße trifft dies bei akuten Psychosen zu (auch mit Bezug auf den Bac. paratyphi).

3. Nur wenig niedriger als der normale ist der Index bei chronisch paranoischen Erkrankungen.

4. Nach erfolgter Heilung ist der Index annähernd so groß wie der normale Durchschnitt, in einigen Fällen sogar größer.

5. Bei der Epilepsie ist der Index für den Staphylococcus aureus höher als der normale Durchschnitt.

6. Abgesehen von akuten Psychosen ist der Index für den Bac. paratyphi stets ungefähr normal.

7. Der niedrige Index bei dem Bac. coli comm., dem Streptococcus faec. und dem Staphylococcus aureus ist vielleicht die Folge von Erschöpfung, die aus der fortwährenden Autointoxikation der Geisteskranken mit diesen 3 Organismen infolge Störungen der Ernährung resultiert; beim Bac. paratyphi spielt die Erschöpfung keine Rolle, da dieser Organismus in der Regel nicht im Körper existiert.

Ross (355) kommt auf Grund seiner Untersuchungen betreffend Anwesenheit von Substanzen in menschlichen Blutseren, die einen Einfluß auf die hämolytischen Eigenschaften des Kobragiftes ausüben, zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Menschliche Sera variieren beträchtlich bezüglich ihrer Eigenschaften, auf die Kobragifthämolyse einen verstärkenden oder hemmenden Einfluß auszuüben.

2. Die Tatsache, daß einige Sera hemmend, die anderen verstärkend auf die Hämolyse wirken, besitzt keine klinische Bedeutung.

3. Ein Serum mit hemmenden Eigenschaften kann die Wirkung eines Serums mit verstärkenden neutralisieren, neutralisiert aber nicht die aktivierende Kraft des Lezithins.

4. Meerschweinchenserum wirkt in frischem Zustande stark aktivierend, dagegen stark hemmend, nachdem es eine Stunde lang auf 60 ° C erhitzt wurde.

5. Die hemmenden Eigenschaften des Rinderserums und des erhitzten Meerschweinchenserums können den aktivierenden Einfluß des frischen Meerschweinchenserums neutralisieren.

6. Gute Gründe sprechen dafür, daß Sera nicht vermöge eines Gehalts von Lezithin oder Cholestearin hemmend oder verstärkend wirken.

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen **Klieneberger**'s (226) über die differentialdiagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion und der Serodiagnostik sind folgende:

Eiweiß- und Zellvermehrung kommen auch bei nichtsyphilitischen Prozessen vor.

Der Eiweißgehalt ist bei Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinales in der Regel, aber keineswegs immer erhöht. Erhöhung des Zellgehalts, die auch ohne solche des Eiweißgehalts vorkommen kann, findet sich konstant in Fällen von Paralyse und Tabes, sie ist niemals gering, mitunter eine enorme (bis 400 Lymphozyten im Gesichtsfeld). Bei der Lues cerebrospinalis findet man nur eine geringe oder keine Erhöhung des Zellgehalts.

Die Wassermannsche Reaktion hat sich als ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel erwiesen. Sie hat im Blutserum paralytischer Kranker (60 Fälle) nie, in der Zerebrospinalflüssigkeit (70 Fälle) nur einmal versagt. Die gleichen Dienste leistet sie bei der Tabes dorsalis. Sie kräftigt die Diagnose bei den klinisch sicheren Fällen und fördert sie in zweifelhaften (es fand sich in 22 Fällen von Tabes regelmäßig positive Serumreaktion, während der Liquor nur 12 mal positiv reagierte). Bei der Lues cerebrospinalis leistet sie zwar nicht die gleichen, zuverlässigen Dienste, ist aber auch hier ein wichtiger Faktor zur Entscheidung differentialdiagnostischer Fragen (von 29 untersuchten Blutseren waren nach Wassermann 22 positiv, 7 negativ, von 30 untersuchten Zerebrospinalflüssigkeiten 7 positiv, 23 negativ).

Positiver Ausfall der Liquorreaktion spricht angesichts von stürmischen und wechselnden pathologischen Erscheinungen des Zentralnervensystems mehr für das Vorliegen einer zerebrospinalen Lues, während bei den metasyphilitischen Erkrankungen, die positive Wassermannreaktion im Liquor vorhanden ist, auch wenn subjektive und grob objektive Störungen fehlen.

Roubinovitch und **Paillard** (359) kommen auf Grund ihrer Untersuchungen der Spinalflüssigkeit von Geisteskranken zu folgenden Resultaten:

I. Progressive Paralyse:

1. Der Druck steigt in Perioden, die durch Anfälle gekennzeichnet sind, von 10—15 auf 20—35 cm, sinkt im marantischen Stadium unter 10 und sogar unter 5 cm.

2. Der Eiweißgehalt ist vermehrt (erreicht gewöhnlich 1 g pro Liter).

3. Die Lymphozytose ist eine konstante Erscheinung und geht häufig den klinischen Symptomen vorauf.

4. Die Spinalflüssigkeit ist steril; mitunter enthält sie Bakterien infolge sekundärer Infektion.

5. Die Wassermannsche Reaktion ist positiv.



II. Toxische Psychosen:

Bei chronischem Alkoholismus, chronischer Bleivergiftung und Kohlenoxydvergiftung haben andere Autoren, die aufgezählt werden, Lymphozytose gefunden. Die Verf. haben in diesen Fällen keine eigenen Erfahrungen, auch nicht in solchen von Diabetes, in denen die Spinalflüssigkeit Zucker, unter Umständen auch Azeton und Azetessigsäure enthalten soll.

III. Dementia praecox:

1. Der Druck ist normal oder höher als in der Norm (mitunter 25—30 cm).

2. Nur sehr selten findet man eine geringe Lymphozytose, meist im Endstadium, nie im Beginn der Erkrankung.

3. Der Liquor ist steril.

4. Die Wassermannsche Reaktion ist in allen Fällen negativ.

IV. Konstitutionelle Psychosen:

Der Liquor zeigt keine Abweichungen von der Norm. Vielleicht enthält er gewisse biologisch wirksame Substanzen, deren Wesen aber noch völlig dunkel ist.

V. Epilepsie:

1. Der Druck ist erhöht.

2. Die Anwesenheit von Cholin spricht für die organische Natur der Epilepsie.

3. Es kommt in keinem Stadium der Epilepsie Leukozytose vor.

4. Der Liquor wirkt, intravenös injiziert, nicht toxisch, intrazerebral ruft er beim Meerschweinchen schwere Vergiftungserscheinungen hervor. Die Toxizität nimmt mit der Zahl der epileptischen Anfälle zu.

5. Die Lumbalpunktion ist ohne Einfluß auf die Wiederkehr der Anfälle. Im Status epilepticus kann sie günstig wirken.

Die Schlußsätze der Arbeit von **Gardi** und **Prigione** (160) lauten:

Die antihämolytische Wirkung hängt von der Menge und der Verdünnung der Sera ab. — Die antihämolytische Wirkung der Sera wird durch Hypersensibilisierung der roten Blutkörperchen und durch Anwendung mehrerer Komplementeinheiten aufgehoben. (*Audenino.*)

Nach Angabe von **Gardi** und **Prigione** (161) ist das Blutserum und noch häufiger die Spinalflüssigkeit verschiedener Geisteskranken (progressive Paralyse, Dementia senilis, D. praecox u. a.) bei Gegenwart eines Gehirnextraktes imstande, in verschiedenem Maße die Hämolyse zu hemmen. (*Audenino.*)

In den verschiedenen untersuchten Fällen von **Baccelli** und **Terni** (18) von Dementia praecox zeigte der chronische Index des Blutserums leichte Schwankung um der Einheit herum. Bei Epileptikern war er während den von dem Anfall entfernten Perioden bedeutend gesteigert. (*Audenino.*)

Schlußfolgerungen **Falciolas** (136a): Bei den depressiven Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins ist der Blutdruck meistens gering; bei den erregten Manisch-Depressiven ist der Blutdruck in der Regel erhöht. Die sphygmomanometrische Kurve weist größere Schwankungen auf als bei den depressierten Kranken. Bei den Mischzuständen ist der Blutdruck durch Unbeständigkeit charakterisiert. (*Audenino.*)

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen **Morton**'s (289) über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Geisteskranken sind folgende:

1. Positive Wassermannsche Reaktion wurde gefunden in 28 unter 30 Fällen von progressiver Paralyse, während 30 Fälle von Epilepsie und Dementia praecox negativ reagierten.



2. Mischt man die Zerebrospinalflüssigkeit mit Alkohol, so entsteht eine Trübung, die bei den verschiedenen Formen der Geisteskrankheit verschieden stark ausfällt. Die stärksten Trübungen wurden in Fällen von progressiver Paralyse beobachtet, aber auch bei Epilepsie und Dementia praecox können während der akuten Phasen der Krankheit gleich starke Trübungen erzielt werden.

3. Untersuchung des Eiweißgehalts der Zerebrospinalflüssigkeit durch Ausfällung mit Ammoniumsulfat und mittels der Noguchischen Methode ergab, daß eine enge Beziehung zwischen diesen Fällungsmethoden und der mittels Alkohol existiert. In wenigen Fällen von Dementia praecox fand sich ein hoher Eiweißgehalt, wie man mitunter auch einen erheblichen Niederschlag mittels Alkohol erzielt.

4. Eine Beziehung zwischen Größe des Eiweißgehalts und Intensität der Wassermannschen Reaktion existiert nicht. Ein Liquor mit geringem Eiweißgehalt kann eine stark positive Wassermannsche Reaktion ergeben und umgekehrt. In Fällen von Dementia praecox mit hohem Eiweißgehalt ist die Wassermannsche Reaktion nichtsdestoweniger negativ.

Roubinovitch und **Paillard** (360) haben in zahlreichen Fällen verschiedenartiger Psychosen den Druck der Zerebrospinalflüssigkeit festgestellt. Es zeigte sich, daß in Stadien der Erregung der Druck wesentlich höher ist als in Stadien der Ruhe. Die Verf. weisen auf die relative Häufigkeit des Sinkens des arteriellen Blutdrucks im Anschluß an die Lumbalpunktion hin.

Bjelajeff (53) hat die Nonne-Apeltsche Reaktion in 20 Fällen angestellt. In Fällen von Epilepsie, Dementia praecox, Manie und Dementia senilis fiel die Globulinreaktion negativ aus, in den Fällen von Paralysis progr. und Lues cerebri war sie positiv. (*Kron.*)

Schölberg und **Goodall** (378) haben umfangreiche Untersuchungen über das Vorkommen der Wassermannschen Reaktion im Serum und in der Spinalflüssigkeit Geisteskranker angestellt. Die wichtigsten Schlußsätze lauten:

1. Der Ausfall der Reaktion im Serum paralytischer Kranker ist positiv in 75,5 % der Fälle. (Dieses Resultat steht in der Mitte zwischen den höchsten und niedrigsten, die bisher veröffentlicht wurden.)

2. In der Spinalflüssigkeit ist die Reaktion bei Paralyse positiv in 41,46 % der Fälle. (Dies ist der niedrigste Prozentsatz, der bisher angegeben wurde.)

3. Die Reaktion ist bei Paralyse häufiger positiv in Serum als in der Spinalflüssigkeit. (Auch hierüber bestehen erhebliche Unstimmigkeiten zwischen den Autoren.)

4. Bei nicht paralytischen Psychosen ist positive Reaktion äußerst selten.

5. Autopsien haben klar bewiesen, daß es sich in Fällen, in denen weder Blut noch Serum positiv reagierten, nichtsdestoweniger um echte Paralyse handelte. Der negative Ausfall der Probe beweist daher nichts gegen Paralyse.

6. Die Reaktion sollte immer nach einigen Wochen wiederholt werden. Mindestens 2 Untersuchungen sind erforderlich, um den Befund diagnostisch verwerten zu können.

7. Wiederholter positiver Ausfall der Reaktion in der Spinalflüssigkeit spricht ebenso sehr für Paralyse wie das Fehlen des Lichtreflexes der Pupillen.

8. Innerhalb des Verlaufs einer paralytischen Erkrankung kann die Reaktion umschlagen, ohne daß sich klinisch irgendeine Änderung bemerkbar macht. Eine Erklärung für diese Tatsache ist noch nicht gegeben.

Es scheint, daß die Behauptung einiger Autoren, daß die Reaktion in der Remission negativ wird, zutrifft. Dieser höchst wichtigste Punkt



harrt indessen noch einer definitiven Feststellung, die nur auf Grund eines viel umfangreicheren Untersuchungsmaterials erfolgen kann.

9. Die Nonne-Apelt-Probe ist ebenso oder wenigstens fast ebenso verläßlich wie die Wassermannsche Reaktion.

10. Die Wassermannsche Reaktion ist häufiger positiv in Fällen von Syphilis als in solchen von Paralyse.

Suizu (416) teilt die Erfahrungen mit, die in der psychiatrischen Klinik in Tokio mit der Wassermannschen Reaktion gemacht wurden. Das Resultat ist in folgender Tabelle zusammengestellt:

	Summe	Positiv	Negativ	Prozentsatz
1. Serum allein bei Parlyse	35	35	0	100 %
2. Serum + Spinalflüssigkeit bei denselben Kranken	10	10	0	100 %
3. Serum bei Idiotie	4	3	1	75 %
4. Andere Krankensera (ausschließlich Paralyse und Idiotie)	12	2	10	17 %
5. Lymphozytose in der Spinalflüssigkeit bei Paralyse	9	8	1	88 %
6. Eiweißvermehrung in der Spinalflüssigkeit bei Paralyse	12	11	1	92 %

Verf. hält sich auf Grund dieser Ergebnisse zu der keineswegs zutreffenden Annahme berechtigt, daß

1. Paralytikerserum stets positiv reagiert,

2. bei Kranken, deren Spinalflüssigkeit positiven Befund zeigt, die gleichen Verhältnisse sich auch seitens des Blutes darbieten.

Idiotie, Imbezillität, Kretinismus.

Ref.: Dr. W. Fürstenheim-Groß-Lichterfelde-West.

1. Abt, J. A., Amaurotic Family Idiocy. Amer. Journ. of Disease of Children. Jan. p. 59.
2. Barr, Martin W., Some Causes of the Increase of Feeble-Mindedness. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 10.
3. Derselbe, The Career of a Moral Imbecile. ibidem. Vol. 32. No. 4. p. 573.
4. Bartley, Elias H., Atypical Aberrated Children. The Amer. Journ. of Obstetrics. May. p. 927.
5. Benda, Th., Schwache auf höheren Schulen. Encycl. der Heilpädagogik.
6. Bergamasco, I., Di un movimento oscillatorio specialmente frequente negli idioti. Rivista di psicologia applicata. Bd. VI. Imola.
7. Berkhan, Oswald, Über talentierte Schwachsinnige. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1—2. p. 25.
8. Bircher, Eugen, Über Kretinismus. Neurol. Centralbl. p. 1070. **(Sitzungsbericht.)**
9. Derselbe, Ein Beitrag zum Humerus varus cretinosus. Fortschr. auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. XVI. H. 5. p. 325.
10. Brim, B. B., Report of Cases: Cretinism and Mongolian Idiocy. Toledo Med. and Surg. Reporter. 1910. XXXVI. 563—565.
11. Brückner und Clemenz, Über Idiotie und Syphilis. Zeitschr. f. die Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 353.
12. Bullard, W. N., Mongolian Idiocy. Boston Med. and Surg. Journ. Jan. 12.
13. Büttner, Georg, Untersuchungen bei normalen und geistig geschwächten Kindern über Kopfumfang und Intelligenz. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. u. Epil. Bd. V. H. 2. p. 165.
14. Derselbe, Die „Umwelt" des „Hilfsschülers Welt". ibidem. No. 12. p. 246.
15. Cantor, Erich, Ergebnisse von Assoziationsversuchen mittels blossen Zurufs bei Schwachsinnigen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 4. p. 335.



16. Carlyll, Hildred B., and Mott, F. W., Seven Cases of Amaurotic Idiocy (Tay-Sachs Disease). Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 5. Pathological Section. p. 147.
17. Cautley, E., Cerebral Sclerosis and Idiocy. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 8. Section for the Study of Disease in Children. p. 184.
18. Charon, René, Classement des enfants psychiquement anormaux. Revue de Psychiatrie. **15.** 339.
19. Derselbe et Courbon, Paul, Anomalies psychiques de l'enfance et maladies somatiques. L'Encéphale. 2. S. No. 12. p. 552.
20. Chislett, C. G. A., Syphilis and Congenital Mental Defect. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 499.
21. Coleman, A. L. E. F., and Everington, H. D., Chronic Obstruction of the Bowel in a Hydrocephalic Imbecile: Results at Post mortem Examination. The Lancet. II. p. 820.
22. Cordier, Victor, et Francillon, Georges, Un cas d'infantilisme de type réversif avec syndrome pluriglandulaire. Lyon médical. T. CXVI. No. 1. p. 26. **(Sitzungsbericht.)**
23. Derselbe et Rebattu, Jean, L'infantilisme régressif ou tardif. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 6. p. 405.
24. Cornell, W. S., Age per Grade of Truant and Difficult Schoolboys. Psychol. Clin. IV. 239.
25. Crocq, Infantilisme hypo-orchidien. Journal de Neurol. 1912. No. 1. p. 486. **(Sitzungsbericht.)**
26. Cross, E. J., Case of Cretinism. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 9. Section for the Study of Disease in Children. p. 189.
27. Damaye, Henri, Mesure de l'intelligence chez les arriérés. Echo méd. du Nord. 1910. 5. Juin.
28. Derselbe, Idiotie complète par méningo-hydrencéphalite arrêt de développement physique. ibidem. 3. avril.
29. Dannemann, A., Schober, H., Schultze, E., Schwache auf höheren Schulen. Enzyklopäd. Handbuch d. Heilpädagogik. (cfr. N. 5.)
30. Davidson, A., Mentally Defective Children. Australian Med. Journ. Aug. Sept.
31. Delmas, Simulation présumée d'un délire de grandeur chez un débile. Revue neurol. I. p. 534. **(Sitzungsbericht.)**
32. Dickinson, Vincent, Infantilism. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 2. Section for the Study of Disease in Children. p. 37.
33. Ducosté, Maurice, Statistique des Crétins du département de la Savoie. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 1. p. 28.
34. Dupré et Collin, Débilité mentale et débilité motrice associées. Signe de Babinski permanent. Revue neurol. 2. S. p. 290. **(Sitzungsbericht.)**
35. Dutoit, A., Die familiäre amaurotische Idiotie. **Übersichtsreferat.** Mediz. Klinik. No. 36. p. 1392.
36. Ehrmann, Familiärer Diabetes insipidus bei 3 geistig zurückgebliebenen Kindern. Berliner klin. Wochenschr. p. 496. **(Sitzungsbericht.)**
37. Ernst, Jugendliches Siechtum und Minderwertigkeit als Folge vón Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. IV. H. 1. p. 23.
38. Falkner, R. P., The Fundamental Expression of Retardation. Psychol. Clin. IV. 218—220.
39. Fischer, J., Ist die „Moral insanity" eine selbständige Krankheitsform? Orvosi Hetilap. **55.** No. 27—28. p. 482. 499.
40. Flinker, Arnold, Über Körperproportionen bei Kretinen. Wiener klin. Wochenschr. No. 6. p. 196.
41. Derselbe, Zur Frage der Kontaktinfektion des Kretinismus. ibidem. No. 51. p. 1764.
42. Derselbe, Zur Pathogenese des Kretinismus. ibidem. No. 18. p. 631.
43. Francis, C. H., The Backward Child. Journ. of the Med. Soc. of New Jersey. May.
44. Frey, Vier Fälle von Mongolismus. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. p. 820. **(Sitzungsbericht.)**
45. Fröschels, Emil, Über die Gründe der Hör- und Sprachstörungen beim Kretinismus nebst Bemerkungen über die Grenzen der Schilddrüsenbehandlung. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. p. 538.
46. Gandy, Ch., Infantilisme tardif de l'adulte. Bull. médical. No. 51. p. 569.
47. Gilles et Laporte, Infantilisme dysthyroïdien, grossesse, opération césarienne. Toulouse méd. 1910. p. 228.
48. Goddard, H. H., Heredity of Feeble-Mindedness. Eugenics Rev. III. 46—60. Eos. 7. 81.
49. Derselbe, The Menace of the Feeble Minded. Pediatrics. XXIII. 350—359.



50. Godtfring, O., Nachrichten über frühere Hilfsschüler. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 5. p. 329.
51. Goldstein, Kretinismus. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1004
52. Groszmann, M. P. E., Tentative Classification of Exceptional Children. California State Journ. of Medicine. Oct. Nov. Dez.
53. Haas, Sidney V., Der Wert der Prophylaxe im frühen Leben von Ausnahmekindern. Dtsch. Aerzte-Zeitung. No. 13. p. 294.
54. Haushalter, P., Observation d'un cas d'infantilisme à type testiculaire. La Province médicale. No. 16. p. 173.
55. Herderschêe, D., Über einige körperliche Eigenschaften normaler und abnormaler Schulkinder. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. 1647.
56. Hermann, Über Schwachsinn und seelische Minderwertigkeit und ihre Bedeutung für Schule und Erziehung. Internat. Archiv f. Schulhygiene. p. 22.
57. Hewlett, Albion Walter, Infantilism in Pituitary Disease. Medical Record. Vol. 80. p. 98. **(Sitzungsbericht.)**
58. Higier, H., Wie sollen Eltern und Lehrer den beginnenden Schwachsinn der Kinder feststellen? Zdrowie. (polnisch.)
59. Derselbe, Tay-Sachssche familiäre amaurotische Idiotie und epileptische Krämpfe. Neurolog. Centralbl. No. 7. p. 369.
60. Hintze, Wilhelm, Über mongoloide Idiotie. Inaug.-Dissert. Leipzig.
61. Hirsch, R., Myxödem. Kretinismus. Handb. d. Biochem. Jena. 1910. IV. 2. H. 181—190.
62. Holmes, Gordon, The Pathological Anatomy of a Case of Amaurotic Family Idiocy. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 4. No. 5. Pathological Section. p. 199.
63. Hovorka, O. v., Das Schicksal der schwachsinnigen Anstaltskinder. Heilpädagog. Schul- und Elternzeitung. 2. 226—229.
64. Huey, E. B., Retardation and the Mental Examinations of Retarded Children. Journ Psycho-Asthenics. XV. 31—43.
65. Husler, 13 monatl. Säugling, mikrokephaler Idiot mit totaler Amaurose und Spasmen der oberen Extremitäten und des linken Beins. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1376. **(Sitzungsbericht.)**
66. Israel, Zeigen Schwachsinnige auch Gemütserregungen? Zeitschr. f. Kinderforschung. XVII. p. 27.
67. Jeanselme, E., Distribution du goitre et du crétinisme dans l'Indo-Chine française et dans le Yunnan. Rev. de méd. et d'hyg. trop. 1910. VII. 317—322.
68. Johnson, R. L., A Score of Difficult Boys. Psychol. Clin. V. 121—127.
69. Johnstone, E. R., Prevention of Feeble-Mindedness. Journ. of the Amer. Public Health Assoc. Febr.
70. Josefson, Arnold, Om infantilism. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Ny Följd. Sextonde häftet. p. 231.
71. Juquelier et Fillassier, Délire mystique et ambitieux chez une débile (longue période latent avant l'internement. Présentation de malade). Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 34. **(Sitzungsbericht.)**
72. Kellner, 7 jährige Cretine. Berliner klin. Wochenschr. p. 1203. **(Sitzungsbericht.)**
73. Derselbe, Röntgenbild der Hand eines achtjährigen Kretins. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. med. Wochenschr. p. 1539.
74. Koller, A., Die Zählung der geistig gebrechlichen Kinder des schulpflichtigen Alters im Kanton Appenzell A. Rh. vom Herbst 1907, nebst einer Nachzählung der im Jahre 1897 gezählten geistig gebrechlichen Schulkinder. Bearbeitet im Auftrage der Zählkommission. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. IV. H. 5—6. p. 386.
75. Körber, Emil, Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie. Medizin. Klinik. No. 32. p. 1239.
76. Kroemer, Infantilismus. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1330.
77. Kryzan, S., Über den anatomischen Befund in einem Falle von mikrokephaler Idiotie Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 30. H. 4. p. 321.
78. Kure, S., Eine Reise nach Taiwan. Neurologia. Bd. IX. H. 10 u. 13.
79. Kürner, Rich., Über die Verbreitung der Syphilis in den Schwachsinnigenanstalten Württembergs auf Grund von Blutuntersuchungen mittels der Wassermannschen Methode. Inaug.-Dissert. Tübingen.
80. Kutschera, Adolf v. Aichbergen, Die Aetiologie des Kropfes und des Kretinismus. Der Amtsarzt. No. 12. p. 501.
81. Ladd, J. H., Concerning Feeble Mindedness. Providence Med. Journ. XII. 76—85.
82. Laurent, H., La question de l'arriération mentale, ses rapports avec la démence précoce. Revue de Psychiatrie. 15. 339.
83. Leeper, Bertram A., Cretinism. The Practitioner. LXXXVII. No. 3. Sept. p. 364.



84. Long, E., and Caldwell, E. W., Some Investigations Concerning the Relation between Carpal Ossification and Physical and Mental Development. Amer. Journ. of Dis. of Child. **1.** 713.
85. Major, Gustav, Zur Wesenheit des debilen Kindes. Die Hilfsschule. H. 3.
86. Derselbe, Leicht abnorme Kinder. Die Lehrerin. No. 52.
87. Marchand, L., et Nouet, H., Etude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Dercum chez une imbécile épileptique. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 2. p. 144.
88. Matthes, 2 Fälle von mongoloider Idiotie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 225. **(Sitzungsbericht.)**
89. Mc Cready, E. B., Study of the Backward Child. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. April.
90. Derselbe, The Relation of Adenoids und Hypertrophied Tonsils to Retarded Mental and Physical Development. Medical Record. Vol. 80. No. 10. p. 475.
91. Medowikow, P., Ein Fall von Kinder-Mongolismus. Russki Wratsch. 1910. No. 45.
92. Meige, Henry, Infantilisme, gigantisme, nanisme. Paris. Impr. gén. Lahure.
93. Derselbe, Infantilisme mental, infantilisme moteur. Revue neurol. 2. S. p. 288. **(Sitzungsbericht.)**
94. Derselbe et Bauer, A., Nanisme et chétivisme. La Presse médicale. No. 4. p. 25.
95. Miller, Reginald, Chronic Interstitial Nephritis with Infantilism. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 2. Section for the Study of Disease in Children. p. 38.
96. Mönkemöller, Die geistigen Abnormitäten bei schulpflichtigen Fürsorgezöglingen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV. 1910. H. 5—6. p. 431.
97. Moore, R., Consideration of Mental Defectives. California State Journ. of Medicine. Sept.
98. Mott, F. W., Congenital Syphilis and Feeble-mindedness. Arch. of Neurol. **5.** 1.
99. Müller, Helmut, Zur Oekonomie des Lernens bei geistesschwachen Personen. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI. H. 2. p. 121.
100. Naville, Idiotie amaurotique familiale. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. No. 4. p. 267. **(Sitzungsbericht.)**
101. Nitzsche, Die Aufmerksamkeit tiefstehender schwachsinniger Kinder. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 9. p. 165.
102. Ormand, A. W., Mongolian Idiots. Brit. Med. Journal. II. p. 1359. **(Sitzungsbericht.)**
103. Paul-Boncour, G., Un maitre peut-il être autorisé à frapper un enfant difficile? Le Progrès médical. No. 20. p. 247.
104. Derselbe, La réunion pour l'étude de l'enfance anormale. ibidem. No. 45. p. 552.
105. Pellizzi, G. B., and Sarteschi, U., Le manifestazioni di emilateralità, omo-ed eterolaterali nelle deficienze mentali di origine meningitica semplice con o senza accessi convulsivi. Annali di Freniatria. 1910. Vol. XX. fasc. 1.
106. Peritz, Georg, Der Infantilismus. Ergebn. d. inneren Medizin. Bd. VII. p. 405.
107. Pförringer, Beitrag zu den selteneren Formen des Infantilismus. Zeitschr. f. die Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 318.
108. Plaskuda, W., Ueber Stereotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idioten. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 3. p. 399.
109. Price, G. E., Hypothyroidia. Amer. Medicine. Aug.
110. Quinque, Le sommeil chez les enfants anormaux. Arch. de Neurol. 1912. 10 S. T. I. p. 111. **(Sitzungsbericht.)**
111. Rad, v., Über heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2251. **(Sitzungsbericht.)**
112. Raecke, Ueber den kindlichen Schwachsinn, seine Symptomatologie, Diagnose und Therapie. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 41. p. 1873.
113. Rehm, O., Über die mongoloide Idiotie. Fortschritte der Medizin. No. 30. p. 697.
114. Rossolimo, G. J., Profile psychisch minderwertiger Kinder. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 9—10.
115. Rybakow, Th., Fall von Pseudologia phantastica infantilis. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. (russ.) **11.** 589.
116. Sakaki, Y., Some Studies on the so-called „Abnormally Intelligent" Scholars. Internat. Arch. f. Schulhyg. VII. No. 4.
117. Sanctis, Sante de, Phrenasthenische und psychische Abnorme. Eos. **7.** 241.
118. Schlieps, Wilhelm, Wandertrieb psychopathischer Knaben und Mädchen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. X. No. 2. p. 65.
119. Schob, F., Literaturbericht über 1910, mit Nachträgen von 1909. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1. p. 71.
120. Derselbe, Literatur über jugendlichen Schwachsinn und Verwandtes. (Fortsetzung 1910. Erster Teil.) ibidem. Bd. V. H. 2. p. 173.



121. Derselbe, Fall von Idiotie mit Amaurose. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 442. (Sitzungsbericht.)
122. Schönfeld, Artur, Ein Beitrag zum Mongolismus. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 36. p. 2252.
123. Schubart, Krankhafte Charakterfehler bei Kindern. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 7—8. p. 121. 141.
124. Shaw, E. R., Methods of Testing the Mental Status of Subnormal Children. Quart. Journ. of Northwestern Med. School. April.
125. Shuttleworth, G. E., Mongolian Imbecillity. Ausführliches Referat von Oberarzt Dr. Meltzer. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No' 2. p. 31.
126. Smith, Bellingham, and Woodforde, A. W. G., A Preliminary Communication on Syphilis and Mental Deficiency. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 7. Section for the Study of Disease in Children. p. 166.
127. Stadelmann, A., Über geistige Entartung. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. Heft 10. p. 507.
128. Sutherland, G. A., Infantilism. — Extreme Rickets and Infantilism. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Sect. for the Study of Disease in Children. p. 3—5.
129. Symes-Thompson, H. E., Case of Infantilism. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. IV. No. 3. Clinical Section. p. 45.
130. Taussig, Über Kropf und Kretinismus in Bosnien. Wiener klin. Wochenschr. p. 1717. (Sitzungsbericht.)
131. Teuffel, Mongolismus. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 628.
132. Thomsen, Oluff, Boas, Harald, Hjort, Rodil, und Leschly, W., Eine Untersuchung der Schwachsinnigen, Epileptiker, Blinden und Taubstummen Dänemarks mit Wassermanns Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. No. 20. p. 891. u. Hospitalstidende. No. 6.
133. Tredgold, A. F., Dull and Backward Children. Brit. Journ. of Childrens Diseases. Oct. VIII.
134. Derselbe, The Feeble-Minded Child. Journ. Royal San. Inst. XXXII. 137—147.
135. Troschin, Zurückgebliebene Kinder in der Volksschule. I. Vers. d. russ. Verb. d. Irrenärzte. Moskau. 4.—11. Sept.
136. Vogt, H., und Weygandt, W., Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns unter Berücksichtigung der psychischen Sonderzustände im Jugendalter. Heft 1. Jena. G. Fischer.
137. Voivenel, Paul, et Piquemal, J., Sur un cas de Chétivisme avec rétrecissement mitral pur. Atrophie du corps thyroïde. Idiotie. Toulouse médical. p. 147.
138. Wahl, Les arriérés scolaires à Cherbourg. Revue de Psychiatrie. 15. 339.
139. Wallon, Henri, Psychose circulaire ayant débuté à douze ans chez une fillette intellectuellement débile. Revue neurol. I. S. p. 277. (Sitzungsbericht.)
140. Wehle, R. G., Die schwerhörigen schwachsinnigen Kinder der Landes-Erziehungsanstalt in Chemnitz-Altendorf in ihren Sonderklassen. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 4—5. p. 69. 85.
141. Weyert, Kritische Bemerkungen zur Erkennung des angeborenen Schwachsinns. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 20. p. 785—803.
142. Weygandt, W., Hirnveränderungen bei jugendlich Abnormen. Vortrag. VIII. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Lübeck. 17.—20. April.
143. Derselbe, Aus der Geschichte der Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendl. Schwachs. von Vogt und Weygandt. Heft. 1. Jena. G. Fischer.
144. Wittner, Carl, Die Ursachen des Zurückbleibens der Schulanfänger an oberschlesischen Volksschulen und die Mittel zur Abhilfe dieses Übelstandes. Soziale Medizin u. Hygiene. Bd. VI. p. 218.
145. Wolff, Bruno, Zur Kenntnis der Entwicklungsanomalien bei Infantilismus und bei vorzeitiger Geschlechtsreife. Archiv f. Gynaekologie. Bd. 94. H. 2.
146. Derselbe, Zur Begriffsbestimmung des Infantilismus. Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. LVII. H. 1/3.
147. Wright, J. Alden, Case of Cretinism. Proc. of the Royal Soc. of Medecine. Vol. IV. No. 9. Section for the Study of Disease in Children. p. 189.
148. Zelensky, W., Zur Frage des sporadischen Kretinismus. Med. Revue. (russ.) 76. 1028.
149. Ziegler, K., Zum Kapitel der überwertigen psychischen Leistungen bei Schwachsinnigen. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. Heft 7/8. p. 381.

Schwachsinn.

Das Kapitel Schwachsinn bringt auch in diesem Jahre keine Überraschungen. Seit Jahren bewegt sich hier die Forschung in ebenem



Geleise, und es sind dieselben Fragen, die immer wieder — häufig von denselben Forschern — oftmals ohne wesentlichen Fortschritt behandelt werden. Insbesondere im Kapitel der medikamentösen Therapie ist seit Einführung der mit so großen Hoffnungen begrüßten Schilddrüsenbehandlung kein nennenswerter Fortschritt erzielt worden.

Zu Übersichtszwecken eignet sich die Gliederung des Gesamtgebietes in drei Abschnitte, von denen der erste sich mit der anatomischen und klinischen Erforschung im allgemeinen, der zweite sich mit den einzelnen Sonderformen des Schwachsinns befaßt. Das Besondere des dritten Abschnittes, der sich auf den Schwachsinn des Kindes- und Jugendalters bezieht, besteht darin, daß neben den Ärzten auch Pädagogen zum Wort kommen, und die Fragen der Erziehung und Fürsorge einen nicht unbeträchtlichen Raum einnehmen.

Aus dem ersten Abschnitt sei hier der kleine Aufsatz von Stadelmann hervorgehoben, der die vom Verf. angeregte „assoziative" psychotherapeutische Methode, die übrigens den Pädagogen als „konzentrativer" Unterricht schon bekannt war, in geistvoller und gedankenreicher Weise begründet, so geistvoll und gedankenreich, daß er an die besten Zeiten der ärztlichen Naturphilosophie erinnert, von der heute den strengen Forschern mehr der Name und die Auswüchse bekannt sind als die wirkliche Bedeutung, die ihr als Mutterlauge der naturwissenschaftlichen, besonders der biologischen Forschung zukommt.

Im zweiten Abschnitt treten in diesem Jahre, schon der Zahl nach, die Arbeiten über den „Infantilismus" in den Vordergrund. Während die französischen Forscher wie Meige, die den Begriff seinerzeit in die Klinik des Schwachsinns eingeführt haben, und zwar als ein „morphologisches Syndrom", noch mit den Schwierigkeiten kämpfen, die ihnen die neuere mehr physiologische Auffassung bereitet, erbaut Peritz in geradezu meisterhafter Weise eine Systematik aller der morphologisch so verschiedenen Äußerungsformen des Infantilismus, die mit Recht unter diesem einheitlichen Namen zusammengefaßt werden, seitdem es gelungen ist, ihre inneren physiologischen Beziehungen zueinander festzustellen. Auch Wolff ist hier aufzuführen, der besonders scharf die Unterschiede zwischen dem eunuchoiden Typus des Infantilismus und den echten Kastraten hervorhebt und in durchaus berechtigter und vorsichtiger Weise vor der Ableitung des Krankheitsbildes aus der Erkrankung oder Entwicklungshemmung nur einer Binnendrüse warnt. Von ausländischen Arbeiten über den Infantilismus sei noch die von Cordier und Rébattu hervorgehoben, die sich mit einer sehr merkwürdigen Unterart, dem J. regressivus, befaßt, der auch nach seinem ersten Beschreiber als „Typ Gaudy" bezeichnet wird. Bei diesem noch umstrittenen Krankheitsbilde soll bei völlig gereiften Menschen durch Erkrankung gewisser Binnendrüsen eine Art „Verjüngung" auftreten, also ein Rückfall in die anatomisch-physiologischen und psychischen Verhältnisse jüngerer Altersstufen. — Für Ärzte wie für Pädagogen, die sich mit der erziehlichen Therapie befassen, ist die neue Arbeit von Fröschels besonders wertvoll, der durch Einführung seines zuerst vor zwei Jahren beschriebenen Kitzelreflexes das Problem gelöst hat, die Hörfähigkeit auch bei solchen Schwachsinnigen zu prüfen, die noch nicht über die nötigen Assoziationsbahnen zum Motorium hin verfügen, um auf akustische Reize mit den gewöhnlichen motorischen Reaktionen antworten zu können. Fröschels hat auch in seiner Arbeit die alte Frage nach dem Grunde der Hörstörungen bei Kretinen in meines Erachtens einwandfreier Weise beantwortet. — Die Ätiologie des Kretinismus ist trotz der uralten Kenntnis der Krankheits-



erscheinungen und trotz der zahlreichen, auf ihre Erforschung gerichteten neueren Arbeiten noch immer so unklar, daß v. Kutschera wiederum in lebhafter Weise seine „Kontakthypothese" verteidigen kann, während ihm von Flinker mit nicht minder einleuchtenden Gründen widersprochen wird. Flinker hat ferner in diesem Jahre eine lehrreiche kleine Studie über die Körpermaßverhältnisse der Kretinen beigesteuert, die eine bisher nur anatomisch begründete Auffassung dieser Störung als Entwicklungshemmung auch anthropologisch erhärtet.

Unter den Arbeiten des dritten Abschnittes sei auf die von Damaye hingewiesen, in der er die seinerzeit in Gemeinschaft mit Blin ausgearbeitete Methode der Intelligenzmessung bei schwachsinnigen Kindern mitteilt; seine Methode eignet sich besonders gut für die Sprechstundenpraxis und bildet eine sehr dankenswerte Ergänzung der ausführlicheren, mit Testmethoden arbeitenden Binetschen Prüfung, auf deren Bedeutung Räcke verweist. — Zu dem Kapitel von den körperlich aber nicht rein-zerebral bedingten Ursachen „moralischer Abartung" steuern Charon und Courbon ein sehr lehrreiches Beispiel bei: sie konnten durch Entfernung eines Blasensteines die Masturbation und weiterhin eine ganze Reihe psychopathischer Züge beseitigen, die das Charakterbild eines allerdings von seiner Umgebung gründlich verkannten und mißhandelten Knaben entstellt hatten. — Wie verschieden die „Fürsorge" aufgefaßt wird, geht einmal aus der Arbeit Barrs hervor, der geistig Minderwertige unfruchtbar machen will, und andererseits aus den Arbeiten der deutschen Lehrer Wehle und Godtfring, von denen der eine den dornenvollen Weg zur Entwicklung des Gehörs bei schwerhörigen schwachsinnigen Kindern, der andere die Erfolge auseinandersetzt, die er bezüglich der Erwerbsfähigkeit bei 88 % der von ihm verfolgten Hilfsschulentlassenen feststellen konnte. — Da aber auch bei uns die Zahl der zur „amerikanischen" Methode Barrs neigenden „Rasseverbesserer" zuzunehmen scheint, werden die folgenden Jahre voraussichtlich lebhafte Meinungskämpfe zwischen den Anhängern beider Richtungen bringen. Daß Wissenschaft und Menschlichkeit, Wirtschaftsleben und Volksgesundheit sich in ihren Forderungen keineswegs widersprechen, sondern in gleicher Weise eine hochentwickelte Fürsorge für Teiltaugliche erfordern, daß innerhalb solcher Fürsorge die Kastration, wenn man sie überhaupt zulassen will, jedenfalls nur eine nebensächliche Rolle zu spielen berufen ist, kann sich für weitere Kreise erst als Ergebnis dieser Meinungskämpfe herausstellen und braucht darum hier nicht bewiesen zu werden.

Stadelmann (127) überträgt die entwicklungsgesetzliche Betrachtung auf das seelische Geschehen. Auch das seelische Leben des einzelnen wie der Menschheit entwickelt sich, und zwar in ganz ähnlicher Weise wie die organische Formenwelt, nämlich durch Dissoziation und Differenzierung auf der einen Seite sowie Integration und Koordination auf der anderen. Auf jeder Entwicklungsstufe zerfällt das Ganze in Teile, die Teilstücke wachsen selbständig, um dann miteinander in Verkehr zu treten und sich als eine höhere Stufe der Entwicklung wiederum zu einem Ganzen zusammenzuschließen. — Von diesem Standpunkt aus erscheint die Entartung, die sich ja durch eine starke Anlage zur geistigen Dissoziation kennzeichnet, als ein notwendiges Glied in der Kette der Entwicklung zu höherem Leben; und an Stelle vorschneller und kurzsichtiger Bekämpfung ihrer Erscheinungen tritt die beruhigende und befriedigende Einsicht von ihrer Notwendigkeit, ihrem Werte im großen Naturgeschehen.

Cantor (15) hat seine Versuche nach der von Max Levy-Suhl eingeführten sog. „freien" Versuchsanordnung angestellt, bei der jede Instruktion

der Patienten wegfällt. Während Manische meist sofort in ihrer ideenflüchtigen Weise an das Reizwort anknüpfen, sich aber durch Vorgänge in der Umgebung ebenso leicht wieder ablenken lassen, während Melancholische nur zögernd anknüpfen, häufig auch erst nach dem Zweck des Zurufs fragen, konnte eine Gruppe schwachsinniger Epileptiker, Paralytiker und seniler Dementer unterschieden werden, bei denen eine formelle Störung des Vorstellungsablaufs fehlte; sie gingen in charakteristischer Weise auf das Reizwort ein und berichten im Plaudertone von Erlebnissen und Beobachtungen, die das Reizwort bei ihnen wachgerufen hatte. Sie nahmen an dieser eigentümlichen Art der Unterhaltung keinen Anstoß und ließen durch neuen Zuruf immer wieder leicht die Richtung ihres Gedankenganges verändern.

Berkhan (7) stellt aus der Literatur eine Reihe von Schwachsinnigen zusammen, die teils in der Musik oder Zeichenkunst, teils in Handfertigkeit, in einzelnen Gedächtnis- oder Rechenleistungen den Durchschnitt der Menschen überragt haben, und fügt einen Fall eigener Beobachtung eines schwachsinnigen jungen Mannes hinzu, bei dem neben Einschränkungen seines sonstigen geistigen Besitzstandes eine besondere Rechenfähigkeit, allerdings auch nur in krankhaft eingeschränkter Weise, besteht.

Plaskuda (108) hat unter 255 tiefstehenden Idioten 152 Fälle, d. h. nahezu 60 % mit Stereotypien gefunden. Die Stereotypien sind demnach kein seltenes, sondern ein charakteristisches häufiges Merkmal der schweren Idiotie. Sie unterscheiden sich von denen der Dementia praecox einmal durch ihre verhältnismäßige Einfachheit und Einförmigkeit, dann aber vor allem durch ihre Beeinflußbarkeit. Vorübergehendes widerstrebendes Verhalten kommt zwar auch bei dem Versuch der Arretierung idiotischer Stereotypien vor, nie aber das andauernde triebartige Widerstreben des durch seinen Negativismus ausgezeichneten Katatonikers. — Möglicherweise handelt es sich demnach bei den Stereotypien der Idioten und der Katatoniker um grundsätzlich verschiedene, nur bis zu einem gewissen Grade äußerlich ähnliche Erscheinungen.

Damaye (28) fand bei einer geistig und körperlich sehr zurückgebliebenen tiefstehenden Idiotin eine Entwicklungshemmung der inneren Organe, Offenbleiben des Ductus Botalli, ferner eine chronische Hirnhautentzündung vorwiegend der l. Hemisphäre bei vollständig entwickelter Hirnoberfläche und Furchung, aber Verschmälerung der Rinde und Entwicklungshemmung der Ganglienzellen und Vermehrung der Glia; Hirngewicht: 1025 g. — Die Ursache ist infolge unvollständiger Anamnese unbekannt.

Coleman und **Everington** (21) behandelten vergeblich die schwere Verstopfung eines Imbezillen, dessen Leibesumfang fortgesetzt zunahm. Die Autopsie ergab eine ungeheure Ansammlung von Kotmassen in dem stark gedehnten Dickdarm.

Marchand und **Nouet** (87) geben nach einer kurzen Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle ihre eigenen Befunde bei einem Fall dieser eigentümlichen Erkrankung, die klinisch als „schmerzhafte Fettsucht" bezeichnet werden könnte und sich, wie wiederholt beobachtet, so auch in diesem Falle im Anschluß an die Menopause herausgebildet hat. — Nach etwa 8jährigem Bestehen der Krankheit starb die Patientin, eine schwachsinnige Epileptica, im Alter von 57 Jahren. Die Sektion ergab — neben der eigentümlichen enormen Vermehrung des dunkel gefärbten Fettpolsters — eine starke Vermehrung des Bindegewebes der Thyreoidea; in dieses Bindegewebe eingelagert fanden sich zahlreiche Haufen und Schläuche aus anscheinend neugebildeten Epithelzellen, also das Bild des Adenoms.



Weygandt (142) betont die Unzulänglichkeit der üblichen Gliederung nach dem Grade des Schwachsinns; zu erstreben sind Gruppen, die ätiologisch, klinisch und anatomisch zusammen gehören. Jede dieser Gruppen, die soweit heute möglich, aufgezählt und kurz besprochen werden, zeigt ausgeprägtere schwerere Formen, wie auch leichtere mit entsprechend geringerer seelischer Störung, ist also vermutlich auch unter den Hilfsschülern vertreten. Diese sind anatomisch fast noch gar nicht erforscht, weil sie ein höheres Alter erreichen und meist auch keine Anstaltsinsassen darstellen. — Die Zusammenarbeit von Arzt und Erzieher kann nützen durch rechtzeitige Ausschaltung der Unerziehbaren, durch ärztliche Behandlung bestimmter Formen (Epilepsie, Kretinismus, Hirnlues, Hydrozephalus); durch Gewinnung ärztlich begründeter Anhaltspunkte für Art und Maß der Erziehung.

Müller (99) konnte bei seinen Gedächtnisuntersuchungen an Geistesschwachen in der Anstalt Dösen beobachten, daß sich ganz allgemein gültige Gesetzmäßigkeiten nicht feststellen lassen, daß vielmehr die Eigenart jeder einzelnen Schwachsinnsform auch beim Lernen in kennzeichnender Weise hervortritt. Immerhin zeigte sich bei der Mehrzahl der Untersuchten, daß ein Lernstück, z. B. eine Strophe, schneller behalten wird, wenn man es zeilenweise lernen läßt, als wenn man es im ganzen oder auch — bei vierzeiligen Strophen — in nur zwei Abschnitten wiederholt überlesen läßt. Bei Normalen ist dies meist umgekehrt. Der Überblick über das Ganze fällt dem Schwachsinnigen schwerer. Der Vorteil der Übung, der Einfluß der Einübung konnte auch bei Geistesschwachen festgestellt werden, ebenso gewisse „Ersparnisprozente“ beim Wiedererlernen, wenn auch nicht so beträchtliche, wie man bei Normalen zu finden pflegt.

Unter Infantilismus versteht **Peritz** (106) das Fortbestehen der Merkmale der Kindheit über die ihnen entsprechende Altersstufe hinaus, im wesentlichen also Fortbestehen der kindlichen Kleinheit oder auch der dem Kindesalter eigentümlichen Wachstumserscheinungen, Fortdauer der kindlichen Hemmungslosigkeit auf geistigem Gebiet und Ausbleiben der Keimdrüsenreifung. Den biologischen Ursachen nach lassen sich zwei Hauptgruppen des Infantilismus unterscheiden: der Infantilismus auf Grund von Störungen der inneren Sekretion, also des Binnenstoffwechsels, und der Infantilismus dystrophicus, bei dem es sich um Störungen des Außenstoffwechsels, der Zufuhr, also um Unterernährung oder Vergiftung handelt. — Bei der ersten Form des Infantilismus ist entweder nur eine Binnendrüse beteiligt oder auch mehrere. Nicht ganz „rein“ ist der Infantilismus dysthyreogenes, also der Kretinismus, denn hier finden sich neben den Merkmalen der Kindheit auch Anzeichen vorzeitigen Alters. Vom Infantilismus dysgenitalis sind zwei klinische Formen bekannt: der Gigantismus und der Fettwuchs. Gigantismus ist ein Fortwachsen der Extremitäten bei offenen Epiphysenfugen, teils unvermischt, teils vermischt mit der Akromegalie, dem partiellen Riesenwuchs bei geschlossenen Epiphysen und abhängig von der Vergrößerung der Zirbeldrüse. — Der Fettwuchs, auch Femininismus genannt, kann zur Verwechslung mit dem Hermaphroditismus führen, da auch bei ihm die Genitalien klein und verkümmert bleiben, während die Fettanhäufung am Körper, besonders an den Mammae, sowie das Ausbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale, häufig auch ein „genu valgum“ an den Frauentypus erinnert. -- Gemischte Bilder müssen sich beim polyglandulären Infantilismus ergeben; sie folgen z. B. aus der gegensätzlichen Wirkung von Keimdrüse und Zirbeldrüse: fällt die Keimdrüsenleistung aus, so vergrößert sich die Zirbeldrüse, wuchert diese, so überlagert sie die Wirkung der Keimdrüse. Die Keimdrüse hat wahrscheinlich die Aufgabe,



die überschüssigen Säfte der Zirbeldrüse zu binden. Fällt die Keimdrüse aus, so bleiben die Epiphysen offen, das Längenwachstum geht weiter; die Hypophysis vergrößert sich und sorgt für das Dickenwachstum der Knochen: so vermischt sich der Gigantismus mit der Akromegalie. — Auch dem Kretinismus liegt möglicherweise eine polyglanduläre Erkrankung zugrunde; denn wenn nur die Schilddrüse erkrankt wäre, so bliebe die Körperkleinheit unerklärt. Tatsächlich findet man häufig neben Vergrößerung der Schilddrüse eine Erkrankung der Hypophyse; ob aber als Folge- oder als Begleiterscheinung läßt sich nicht immer sagen. Jedenfalls erweist die Klinik wie der Versuch ein noch nicht völlig geklärtes Wechselverhältnis zwischen beiden Drüsen. Ebensowenig läßt sich zurzeit der Fettwuchs einwandsfrei deuten. Auch der Angriffspunkt der verschiedenen Binnensäfte ist noch nicht klar: wahrscheinlich wirkt der Zirbelsaft auf das sympathische Geflecht, der Keimdrüsensaft auf das autonome.

Bei der zweiten Hauptform des Infantilismus, dem Infantilismus dystrophicus oder „Type Lorain" — die erste Form wird von den Franzosen auch als „Type Brissaud" bezeichnet — unterscheidet Peritz drei Unterformen. Zunächst den Infantilismus auf Grund des „Status thymico-lymphaticus". Diese Form bildet eigentlich den Übergang vom intra-glandulären zum dystrophischen Infantilismus, da der Status thymico-lymphaticus allein nicht zum Infantilismus führt, wohl aber als eine Art Anlage dazu betrachtet werden kann, die unter dem Einfluß hinzukommender Infektionskrankheiten (Lues, Tuberkulose, Pellagra, Malaria) zur Entwicklung kommt. Der Status thymico-lymphaticus ist aber eine meist wohl angeborene Entwicklungshemmung im Binnendrüsensystem: die Thymus bleibt länger als normal erhalten, die Entwicklung der Keimdrüsen, mit der sie im umgekehrten Korrelationsverhältnis zu stehen scheint, verzögert sich; ebenso bleibt die Entwicklung der Lymphbahnen zurück, während die Lymphdrüsen — möglicherweise erst sekundär infolge der verringerten Abflußmöglichkeiten — sich vergrößern. — Unter den Infektionskrankheiten, die ohne nachweisbare Mitwirkung einer bestimmten „Anlage" zum Infantilismus führen, steht an Häufigkeit die „Lues" obenan; sie wirkt wahrscheinlich in der Weise entwicklungshemmend und psychisch schädigend, daß sie durch ihre Toxine den semipermeablen Zellmembranen und besonders auch dem Nervensystem Lipoide entzieht. — Endlich wird Infantilismus bei angeborenem oder früh erworbenem Herzfehler beobachtet, teils wohl infolge der ungenügenden Sauerstoffversorgung der Organe, teils als Folge der Entwicklungshemmung anderer Körperteile, u. a. auch des Binnendrüsensystems, die sich ja nicht selten mit vitium cordis gleichzeitig findet, so daß der Herzfehler nur eine Begleiterscheinung des Infantilismus wäre.

Bei beiden Typen des Infantilismus, aber auch anscheinend ohne die körperlichen Zeichen der Störung, findet sich der psychische Infantilismus, der, von den ausgeprägtesten Formen bis zu leichter Andeutung abgeschwächt, die Hauptmerkmale des kindlichen Seelenlebens zeigt: Gutmütigkeit, Ängstlichkeit, Unselbständigkeit, Ermüdbarkeit; ferner Aufschneiderei, Spieltrieb und das Vorwiegen konkreter individueller Vorstellungsverknüpfung. Kinder handeln nicht planmäßig und nach Grundsätzen, sondern nach augenblicklichen Einfällen und Zuständen. Es fehlt ihnen mit einem Wort der „Hemmungsapparat" der Erwachsenen, der teils erst durch die körperliche Entwicklung, besonders durch die Wirkung der Keimdrüsenbinnensäfte auf das Zentralnervensystem, teils durch den Übungseinfluß der Erziehung zur Entfaltung und Wirkung kommt. Dieser Gesichtspunkt erklärt auf der einen Seite die Labilität von Puls und Temperatur im Kindesalter, auf der



anderen Seite die Verwandtschaft von „Tic" mit dem Infantilismus; denn beim „Tic", einem Spezialfall des Infantilismus, handelt es sich ebenfalls um „Hemmungslosigkeit". — Als Angriffsort der Keimdrüsenbinnensäfte gelten seit Steinachs Untersuchungen die Vasomotorenzentren. Von ihnen hängt Zu- und Abfluß und damit das Potentialgefälle im Zentralnervensystem ab und damit wieder Zu- und Abnahme der psychischen Energie, aber auch Zu- und Abnahme der Tätigkeit anderer Organsysteme, so daß wir weder die Annahme exogener „Gifte", noch diejenige örtlicher „Defekte" brauchen, um die Mannigfaltigkeit krankhafter, in diesem Zusammenhang auftretender Vorgänge zu verstehen. Peritz schließt daher mit einem Hinweis auf die Bedeutung der energetischen Betrachtungsweise in der Medizin.

Auf Grund eingehender Vergleichung zwischen den klinischen Befunden bei 4 typischen eunuchoiden Mädchen mit den aus der Literatur bekannten Fällen echter Kastration hebt **Wolff** (145) das Ausbleiben des Längenwachstums und der Hypophysisvergrößerung bei seinen Fällen als wesentliche Unterschiede hervor. Da diese beiden Erscheinungen nach der operativen Entfernung der Keimdrüse auftreten, so ist umgekehrt der Zustand der Eunuchoiden wahrscheinlich nicht bloß auf mangelnde Keimdrüsentätigkeit zu beziehen: es handelt sich wohl um frühzeitig eingetretene Entwicklungshemmungen allgemeinerer Art, besonders im Binnendrüsensystem.

Gegenüber den teils zu allgemein (Anton), teils zu eng (Tandler und Groß) gefaßten Begriffsbestimmungen anderer Forscher erblickt **Wolff** (147) das wesentliche Moment in einer Hemmungsbildung, vermöge deren ein oder mehrere Organe des Körpers auf kindlicher (bzw. fötaler) Stufe der Entwicklung stehen geblieben sind. Dadurch wird bei ihm die Disproportion im Wachstum und in der Funktion der Organe zu einer charakteristischen Erscheinung beim Infantilismus; einen universellen Infantilismus im strengen Sinne gibt es nicht. Die Auffassung des Infantilismus als Hemmungsbildung legt die teratologische Betrachtungsweise (Unterscheidung formaler und kausaler Genese) nahe. — In formaler Hinsicht sprechen gewichtige Gründe für eine sehr frühzeitig einsetzende Abartung der Entwicklung, in kausaler Hinsicht ist noch manches Dunkel zu lichten, den äußeren Ursachen kommt wahrscheinlich nur eine geringere Bedeutung zu. — Auch die Typologie des Infantilismus ist erst eine Aufgabe der Zukunft: einen wohl begrenzten Typus stellen die in der oben referierten Arbeit beschriebenen Eunuchoide dar.

In dem von **Pförringer** (107) beobachteten Fall einer etwa 40—50 jährigen Frau fand sich Zwergwuchs, Verknöcherung der Epiphysen und Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere, andererseits positiver Wassermann und psychischer Infantilismus in Verbindung mit degenerativen Zügen. Unter Berücksichtigung der Angaben der Patientin deutet Pförringer den Fall als dystrophischen Infantilismus auf Grund selbst erworbener Lues, das psychische Bild als teilweises Stehenbleiben auf der Stufe Zwölfjähriger und teilweise Weiterentwicklung und spätere Rückbildung, zum Teil unter dem Einfluß einer mangelhaften Erziehung und der ungünstigen Lebensbedingungen eines Vagabundendaseins.

Ausgehend von seiner schon aus dem Jahre 1894 stammenden Begriffsbestimmung des Infantilismus, den er seinerzeit als ein „morphologisches Syndrom" beschrieben hatte, sucht **Meige** (92, 94) die Brücke zu schlagen zu der neueren mehr ätiologischen Auffassung. Er läßt demnach den „Type Brissaud", den „Infantilismus thyreogenes", gelten und erörtert auch die etwaige Rolle anderer Binnendrüsen für das Zustandekommen der Störung; den „Type Lorain" dagegen, die im ganzen verkleinerten Menschen



mit häufig entwickelten Geschlechtsfunktionen und annähernd normalen Maßverhältnissen, glaubt er mit A. Bauer als „Chetivisme“ zunächst abtrennen zu müssen. — Gigantismus und Akromegalie sind nach seiner seit Jahren vertretenen Auffassung auf denselben krankhaften, noch unbekannten Vorgang zurückzuführen; ob Gigantismus oder Akromegalie sich entwickelt, hängt wohl im wesentlichen vom Alter des Patienten ab; die erste Phase ist stets das Längenwachstum, erst nach dessen Abschluß tritt Massenwachstum der Knochen auf. Die nicht fortzuleugnende Beteiligung der Zirbeldrüse, das lange Offenbleiben der Epiphysenfugen, die mangelhafte Entwicklung des Geschlechtslebens, die kindliche Geistesartung stellen deutliche Beziehungen dar zum Infantilismus. — Vom Zwergwuchs kann man zwei Gruppen unterscheiden, die eine ist der unharmonische Zwerg; Unterformen dieser Gruppe sind die Achondroplasie oder Kurzgliedrigkeit, der rhachitische Zwergwuchs und endlich der myxödematöse, der wiederum die Brücke zum „Type Brissaud“, des Infantilismus, darstellt. Die zweite Gruppe von Zwergen sind uns Deutschen als „Liliputaner“ bekannt, es sind jene Miniaturmenschen, die Meige als „Superlativ des Type Lorain“ anspricht. — Die Therapie ist bisher machtlos, mit Ausnahme der auf Schilddrüsenausfall beruhenden Wachstumsstörungen, deren erfolgreiche Behandlung Aussichten für eine künftige Heilungsmöglichkeit auch anderer Wachstumskrankheiten zu bieten scheint.

Ein 11jähriger Knabe, der nur durch Zyanose der Glieder und der Haut auffiel, entwickelte sich unter **Haushalter's** (54) Augen bis zu seinem im 21. Lebensjahr erfolgten Tode zu einem echten Infantilen. Das Ausbleiben der geschlechtlichen Entwicklung und die unproportionierte Körperform (kleiner Kopf und Rumpf, normaler Femur) rechtfertigen die Diagnose: Infantilismus dysgenitalis, während andererseits die Zyanose, die bei der Sektion gefundene enge Aorta (mit sekundärer Herzvergrößerung) an Infantilismus dystrophic. cardiovascularis denken lassen. Sehr annehmbar klingt die Vermutung des Verf., daß ein infektiöser Prozeß im Fötalleben oder in früher Kindheit — eine Anamnese fehlt leider — zu einer entzündlichen Verengung der Aorta und vielleicht gleichzeitig zur Entzündung und dadurch Entwicklungshemmung gewisser Binnendrüsen geführt habe, so daß Gefäß- und Hodenerkrankung als gleichgeordnet zu betrachten wären.

Auf Grund von etwa 20 eigenen und fremden Beobachtungen verteidigen **Cordier** und **Rebattu** (23) das tatsächliche Vorhandensein eines zuerst von Gandy beschriebenen „Rückbildungsinfantilismus“. Ausgewachsene körperlich, geistig und sittlich gut entwickelte Personen im Alter von 20 bis 35 Jahren büßen — teils im Anschluß an eine Erkrankung der Schilddrüse, des Hodens, wahrscheinlich auch noch anderer Binnendrüsen — ihre geschlechtliche Leistungsfähigkeit ein: die Hoden bilden sich zurück, gleichzeitig wird die Haut zart, Gesicht und Körperform nähern sich mehr und mehr denen des Jünglingsalters; auch in seelischer Hinsicht ist die Rückkehr zum Zustande einer früheren Altersstufe unverkennbar. Bei Beteiligung der Hypophysis ist teilweiser Riesenwuchs beobachtet worden, in einem Falle — nach Aufreten der Symptome bei einem 24jährigen Mann — noch ein weiteres Wachstum von 6 cm. In diesem Fall ist röntgologisch die Sella turcica normal gefunden, die Verknöcherungszonen an den Epiphysen sind anscheinend nicht untersucht worden, jedenfalls ist kein Befund mitgeteilt. Nur in einem der 20 Fälle ist der Epiphysenbefund mitgeteilt: bei einem 26jährigen Matrosen, der — allerdings schon im 18. Lebensjahr — infolge eines Unfalls erkrankt war, fehlten die unteren Verknöcherungen am Radius und Ellbogen. Die pathologische Anatomie dieser eigentümlichen Rückbildungs-



krankheit ist noch in den ersten Anfängen, die Organtherapie hat sich bisher als machtlos erwiesen.

In der seit mehreren Jahren als kropfreich bekannten Insel Taiwan (Formosa) ist von **Kure** (78) von neuem das zahlreiche Vorkommen von Kropfkranken festgestellt worden. Unter etwa 230 Kranken — 58 Männern, 172 Frauen — waren 2 taubstumm, 12 schwachsinnig, 7 taubstumm und schwachsinnig; das Vorhandensein echter Kretinen wurde wahrscheinlich gemacht.

Durch den großen Kopf, den kurzen Hals, den verhältnismäßig langen Oberkörper und die kurzen Beine ähneln die Proportionen des Kretins denen des Kindes in Übereinstimmung mit der pathologisch-anatomischen Auffassung des Kretinismus als Ergebnis einer Wachstumshemmung in der Kindheit. **Flinker** (40) erhielt sein Ergebnis mit der Queteletschen Methode, zwei Menschen, den Normalen und den Kretin, durch Annäherung bzw. Entfernung des Apparates so zu photographieren, daß beide Gestalten gleich groß sind. Dann wird die Gesamthöhe gleich 1000 gesetzt und die Teilhöhen in Tausendsteln angegeben.

Auf Grund eigener Beobachtungen und einer Kritik der Kontakthypothese Kutscheras, der bei seinen Erhebungen nicht sorgfältig genug vorgegangen sein soll, wird von **Flinker** (41) die Lehre der Kontaktinfektion des Kretinismus abgelehnt.

Da nach **Flinker**'s (42) Beobachtungen fast alle Kretinen kropfige Eltern haben — in der weitaus größten Mehrzahl aller Fälle ist die Mutter kropfig —, so ist wahrscheinlich, daß der Kropf der Eltern, vielleicht durch Keimschädigung, die Anlage zum Kretinismus bei den Nachkommen hervorruft. Sehr merkwürdig und nicht eindeutig ist die Beobachtung von Zwillingen, von denen der eine, bis auf einen kleinen Kropf, völlig normal, der andere jedoch kretinistisch verunstaltet war.

Ohne sein Beweismaterial ausführlicher zu bringen, trägt **Kutschera** (80) nochmals die Kontakttheorie des Kretinismus vor, führt wieder seinen bekannten Hundeversuch an und fügt noch ein paar Beispiele aus seinen Familienerhebungen hinzu, z. B. solche, die eine Übertragung des Kretinismus durch geborgte Kinderwiegen belegen sollen. Er verteidigt seinen Standpunkt als den der Praxis gegenüber der theoretischen am Studiertisch und in den Laboratorien gewonnenen Wissenschaft.

Nach den neueren Erhebungen **Ducosté**'s (33) und deren Vergleich mit den älteren Statistiken ergibt sich die Abnahme des Kretinismus um etwa zwei Drittel innerhalb der untersuchten Gegend, und zwar in einem Zeitraum von etwa 60 Jahren.

Durch Anwendung des Kitzelreflexes (Reizung der hinteren Gehörgangwand in $^1/_2$ cm Tiefe mit feinem Wattepinsel) läßt sich nach **Fröschels** (45) die Hörstummheit der Kretinen von der Taubstummheit mit Sicherheit trennen. Die Hörstummheit oder Apathia corticalis acustica ist sowohl durch erziehliche Therapie wie durch Schilddrüsentabletten erfolgreich zu behandeln. Die Hörstörungen peripheren Ursprungs, insbesondere die noch hypothetische Laesio auris intern. autotox. cretinosa (Bloch), ferner die Schalleitungsstörungen durch Tubenmittelohrkatarrh oder adenoide Vegetationen sind besserungsfähig, teils spontan, teils durch entsprechende örtliche Behandlung. Nur die auf kongenitalen Mißbildungen im Bau des Ohres beruhende, mit dem Kretinismus verkoppelte echte Taubstummheit ist nicht rückbildungsfähig. Hier muß — bei entsprechender geistiger Befähigung — die Taubstummenerziehung eingreifen.



Dem Einwand, daß es sich bei dem schon früher von **Bircher** (9) beschriebenen Humerus varus der Kretinen um arthritische Veränderungen handeln könne, tritt der Autor unter Mitteilung zahlreicher neuer, durch Beschreibung und Abbildung gestützter Befunde entgegen. Eine tabellarische Systematik der heute bekannten Ursachen des Humerus varus ist beigegeben.

Die in seinem Falle festgestellten Krämpfe gehören nicht zu dem bekannten Krankheitsbild, sie sind, wie **Higier** (59) an dem klinischen Verlauf zeigen kann, wahrscheinlich auf eine Komplikation mit seröser Meningitis zurückzuführen.

Der von **Kryzan** (77) beschriebene Fall von Mikrozephalie bei einem im Alter von 9 Jahren verstorbenen Mädchen gehört zur sog. einfachen Form, bei der Krankheitserscheinungen fehlen: der Hirnmantel ist gering entwickelt, die Struktur annähernd normal, die Zahl der Zellen reduziert.

Detaillierte Besprechung von **Higier** (58) der geistigen und körperlichen Entwicklung in ihren verschiedenen Stadien des Kindes- und Jünglingsalters und der leicht erkennbaren Abweichungen von der Norm bei der Idiotie, Imbezillität und Debilität. Mißbildungen und Verbildungen einzelner Körperteile, Degenerationsstigmen, Makro- und Mikrozephalie, Schädeltypen, Sprachstörungen, Anomalien der motorischen Funktionen. Feststellung der Intelligenzdefekte (Gedächtnis, Begriffsbildung, Urteilsfähigkeit) und moralisch-ethischer Anomalien. Stellung der Debilität zur Hebephrenie des Schulalters. Eingehendere Berücksichtigung der Binetschen Testmethode und der Weygandschen Untersuchungstechnik des Schwachsinns. (*Autoreferat.*)

Fischer (39) beginnt seine Arbeit über die Moral insanity mit der Reflexion, daß die Entwicklung der Naturwissenschaften in den letzten Jahrzehnten zu einer Entwicklung und Ausbildung neuerer Auffassungen an Stelle von veralteten führte, daß zahlreiche neue Ideen auftauchten, und auch die Psychiatrie eine gewaltige Umwandlung erfahren mußte. Althergebrachte und eingebürgerte Krankheitsformen wurden von neuen Forschern in ihrer Selbständigkeit angegriffen (Melancholie) und als Teilerscheinungen anderer Krankheitszustände aufgefaßt, oder aber verschiedene Krankheitsformen in eine große Sammelgruppe zusammengezogen. — Ähnlich erging es auch dem Krankheitsbegriffe der „Moral insanity", welche von manchen als selbständiges Krankheitsbild angesprochen wird, während andere Forscher sie der Imbezilllität oder auch der Paranoia zuweisen. Müller teilt sämtliche unter dieser Flagge segelnden Krankheitsgeschichten entweder in die Gruppe der Imbezillität oder in jene des degenerativen Irreseins, während Kräpelin bekanntlich 2 Formen des angeborenen Schwachsinnes annimmt, deren eine die Moral insanity ist.

Auf Grund von zwei ausführlichst mitgeteilten Krankheitsgeschichten bestätigt Verf. den Standpunkt Longards, daß nämlich diese Krankheitsform ganz eigenartige, stets gleiche und entschieden charakteristische Züge aufweist, welche sich schon in frühester Jugendzeit zeigen und in ihrem Verlaufe keinerlei Progression darbieten. Dieselben Züge wiederholen sich in allen Fällen mit fast photographischer Treue. Nachdem Verf. sowohl in den mitgeteilten als auch in zahlreichen Fällen stets dieselben Krankheitszüge hervortreten sah, und sich die Fälle immer vollkommen glichen, kann er auf Grund dieser übereinstimmenden Züge die „Moral insanity" nur als selbständige Krankheitsform betrachten und anerkennen.

(*Hudovernig.*)

Unter 2061 Schwachsinnigen aus Stadt und Land fanden **Thomsen, Boas, Hjort** und **Leschley** (132) nur bei 32 Fällen durch klinische und neurologische Untersuchung luetischen Ursprung, d. h. in 1,6 %, in 13 Fällen war



aus dem klinischen Befund die Diagnose zu stellen, 13 Fälle wurden nach Wassermann „entdeckt". Minimal waren die Ergebnisse bei den übrigen Kategorien. — In Dänemark spielt also die Lues nach diesen Untersuchungen keine wesentlich größere Rolle als man bisher schon wußte.

In volkstümlicher Form schildert **Ernst** (37) den Einfluß der Geschlechtskrankheiten, vor allem der Erbsyphilis, auf die Entwicklung der Kinder.

Unter 262 männlichen Idioten der Anstalt „Hephata" in München-Gladbach fand **Körber** (75) in 21,4 % Komplementablenkung. Nur in drei Fällen waren klinische Stigmata vorhanden. Die Art des Schwachsinns ist bei positivem Ausfall nicht etwa immer dieselbe; möglicherweise ist in einer größeren Zahl von Fällen die Lues nur als Nebenbefund anzusehen.

Brückner und **Clemenz** (11) haben, ausgehend von der Beobachtung, daß bei angeborener Syphilis die Wassermannsche Reaktion mit den Jahren nicht selten zu verschwinden scheint, aus dem Material der Alsterdorfer Anstalten sämtliche unter 10 Jahre alten Kranken — im ganzen 138 — nach Wassermann untersucht.

Davon waren 6 als positiv zu bezeichnen, also 4,3 %, während sich die Angaben der Autoren zwischen 14,4—1,5 % bei Idioten überhaupt bewegen.

Gelegentlich dieser Untersuchungen wurde konstatiert, daß von 16 über 10 Jahre alten Fällen, die vor 2 Jahren positiv waren, diesmal 8 negativ reagierten.

Alle Untersuchungen wurden mit 2 alkoholischen Menschenherzextrakten vorgenommen, die an über 100 Seren ausprobiert waren.

Die Autoren schließen hieraus, daß

1. einmalige serologische Untersuchungen für die Bewertung der ursächlichen Beziehungen zwischen Syphilis und Idiotie zu niedrige Ziffern geben, und daß

2. die Untersuchungen, um einigermaßen brauchbare Zahlen zu ergeben, so früh wie möglich vorgenommen werden müssen, wobei unter Umständen statt der Venae punctio die Anwendung von Skarifikation und Saugglocke sich empfehlen.

Nur 3 unter den 138 Kindern zeigten kongenital luetische Stigmata.

Bei Lumbalpunktion jugendlicher Idioten ist besondere Vorsicht am Platze, da trotz des häufig sehr hohen Druckes wiederholt sehr unangenehme Folgezustände beobachtet wurden.

Eine genaue serologische Untersuchung auch der Familienmitglieder ist anzustreben. (*Autoreferat.*)

Chislett (20) konnte mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion nachweisen, daß die Erbsyphilis für die angeborenen Demenz- und Defektzustände häufiger verantwortlich zu machen ist als bisher angenommen wurde. Sein Material bestand aus 22 Fällen angeborener Idiotie und Imbezillität, jugendlicher Paralyse, epileptischer und paralytischer Idiotie und der degenerierten Familie eines an Paralyse leidenden Mannes. (*Bendix.*)

Im Anschluß an eine Demonstration in der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig bespricht **Rehm** (113) in Kürze die wichtigsten Symptome des bekannten Krankheitsbildes.

Von der in Mähren anscheinend äußerst seltenen Krankheit konnte **Schönfeld** (122) zwei Fälle vorstellen, von denen der eine bemerkenswert ist durch das relativ hohe Alter der Patientin von 58 Jahren, die übrigens sechsmal geboren hat und in ihrem Geisteszustand der Dementia praecox ähnelt, während das andere Individuum, ein Mädchen von 10 Jahren, in ihrer körperlichen Erscheinung an Kretinismus erinnert.



Wohl ist nach **Major** (85) die Debilität der leichteste Grad des Intelligenzdefektes, aber die Art dieses Defektes — das Fehlen höherer sittlicher Vorstellungen bei starker Ausprägung des egozentrischen Trieblebens — führt zu den in der Praxis in erster Linie in die Augen fallenden Ausfällen auf dem Gebiete des Gefühlslebens und damit zu starken Anomalien des Handelns. Praktisch werden daher gerade Debile häufig mit moralisch Verkommenen verwechselt, zumal sie meist schlau genug sind, ihren Intelligenzdefekt zu verbergen. Demnach dokumentiert sich die Debilität vorwiegend durch moralische Anomalien, die moralische Anästhesie steht im Vordergrund.

An der Hand einiger Persönlichkeitsbilder fordert **Major** (86) die Lehrerinnen zu sorgfältiger Beobachtung der Schulkinder auf, ermahnt zur Selbstbelehrung, solange die Psychopathologie im Lehrplan der Seminarien noch fehle, sowie zur rechtzeitigen Zuziehung eines Spezialarztes bei Verdacht auf psychische Abnormität.

Da nach Clausewitz und Moltke nicht die zahlenmäßige Übermacht, sondern die Tüchtigkeit des einzelnen die Bedeutung eines Heeres entscheidet, so müssen die geistig Minderwertigen nach **Weyert** (141) mit Hilfe der Truppe erkannt und rechtzeitig entfernt werden. Offiziere und Unteroffiziere sollten mit den psychischen Grenzzuständen bekannt gemacht werden, das Vorleben der verdächtigen Elemente — am besten an der Hand ausgearbeiteter Fragebogen — sorgfältig und kritisch erforscht und bei der Entscheidung neben der Intelligenzprüfung kritisch gewürdigt werden.

Die äußeren Ursachen der Entwicklungshemmung im Kindesalter werden von **Haas** (53) kurz angeführt und die Methoden zu ihrer Bekämpfung ebenso kurz besprochen. Besonderen Wert legt Verf. auf die „Toxämie", die Folge einer verkehrten Ernährung. Er verweist ferner auf das Röntgenverfahren (Handgelenkaufnahme) zur Feststellung des „anatomischen Alters" (nach Rotch und Pryor), über welches die äußere Erscheinung bisweilen täuschen kann (Knochenkerne der Metakarpalia, Epiphysenverknöcherung).

Unter den Schwachen versteht **Benda** (5) all die Schüler, die infolge nervöser Veranlagung oder einseitiger, den Schulanforderungen nicht entsprechender Begabungsrichtung versagen. Deren Zahl ist um so höher, als ohnehin, wie aus der Schulstatistik hervorgeht, unser höheres Schulwesen an der Überschätzung der menschlichen Durchschnittsbefähigung leidet: die Schule soll sich daran genügen lassen, Wissenstrieb und Arbeitsfreude zu wecken, Wissensstoff und Lehrziele aber einschränken. Die Oberstufe soll durch Wahlfreiheit der Fächer und freiere Zucht zu einer Zwischenstufe zwischen Schule und Universität ausgestaltet werden.

Die Zahl der von **Koller** (74) gefundenen taubstummen (47) und epileptischen (11) Kinder ist nicht allzu groß; unter den Taubstummen sind viele Kretins und nur 24 Nichtschwachsinnige. Die Hauptzahl der 427 als schwachsinnig, taubstumm und epileptisch gezählten Kinder entfällt demnach auf die Schwachsinnigengruppe. In sehr sorgfältiger Weise sind die anatomisch-physiologischen und psychischen Besonderheiten der Kinder statistisch erforscht und tabellarisch geordnet worden. Im ganzen beträgt die genannte Zahl 4,3% der primarschulpflichtigen Kinder; diese Zahl ist wesentlich höher als die im Jahre 1897 zuletzt ermittelte. Der Kanton behält damit den Rekord unter den Schweizer Kantonen. Unter den Ursachen hebt der Verf. die stark entwickelte Industrie (Stickerei, Weberei) hervor, die auch die Frauen heranzieht und das Familienleben zerstört, sowie schlechte Ernährung und Alkoholmißbrauch zur Folge hat. Dieselbe Industrie vermag auch viele Heimarbeiter durch einfache Handreichungen (Spulen, Fädeln, Appretieren) zu beschäftigen, so daß auch



Schwachsinnige durch ihre Ausführung zu Verdienst, Heirats- und Fortpflanzungsmöglichkeit kommen. So erklärt es sich auch, daß trotz der großen Zahl Schwachsinniger verhältnismäßig nur ein kleiner Teil späterhin der öffentlichen Fürsorge anheimfällt. An Fürsorgeeinrichtungen für das Kindesalter verlangt Verf. Vermehrung der Hilfsklassen und vor allem eine eigene Kantonsanstalt für heimbedürftige schwachsinnige Kinder, für die er die Bedürfnisfrage nachweist.

In diesem vor praktischen Vertretern der Fürsorgeerziehung, Hausvätern, Lehrern usw. gehaltenen volkstümlichen Vortrag will **Mönkemöller** (96) das allgemeine Verständnis für psychische Abnormitäten und die rechtzeitige Heranziehung des Arztes fördern. Die einzelnen Störungen werden kürzer oder ausführlicher, je nach ihrer praktischen Wichtigkeit, abgehandelt, vor allem die Imbezillität, dann die Dementia praecox und eine Anzahl nicht bloß einer einzigen Krankheit zugehöriger psychopathischer Symptome. Mönkemöller befürwortet den Ausbau der Hilfsklassen innerhalb der Anstalt; auch die psychopathischen Fürsorgezöglinge des schulpflichtigen Alters will er innerhalb der Anstalt belassen, unter Umständen allerdings sie in größeren Anstalten zu Sondergruppen zusammenfassen. Für schulentlassene Psychopathen hält er „Zwischenanstalten" für erforderlich. — Unter den Strafmitteln wird die maßvolle körperliche Züchtigung auch psychopathischer Kinder nicht verworfen.

Im schulpflichtigen Alter kommen nach Beyerthal, dessen schulärztliche Berichte **Büttner** (13) kurz referiert, sehr gute geistige Fähigkeiten verhältnismäßig häufig bei großen, seltener bei kleinen, niemals bei den kleinsten Köpfen vor. Unter den kleinsten Köpfen versteht er annähernd normal gebaute Köpfe mit Horizontalumfängen unter 48 cm (Knaben) und 47 cm (Mädchen) bei siebenjährigen, unter 50,5 bzw. 49,5, bei vierzehnjährigen Schulkindern.

Den in mancher Hinsicht typischen Lebenslauf konnte **Barr** (3) verfolgen seit dem 15. Lebensjahr, in dem der intellektuell nur wenig, moralisch erheblich minderwertige Junge ihm zuerst zugeführt wurde, bis ins Mannesalter, in dem er als Messer- und Glasfresser auftritt. Die Neigung zur Aufschneiderei kommt in seinen Selbstempfehlungen und öffentlichen Ankündigungen sehr hübsch zur Geltung; spaßhaft fast sind die Briefe, in denen der junge Mann durch rührsame Erzählungen und Gedichte seinem ehemaligen Beschützer, dem Anstaltsarzt, Eindruck zu machen sucht, und die schlagfertige Art, mit der er sich — seiner Unwahrheiten überführt — herausredet. — Die Konstanz des Charakters würde lebenslängliche Unterbringung bedingen.

Mitteilung der von **Damaye** und **Blin** (27) ausgearbeiteten Methode, nach der die an ein zurückgebliebenes Kind zu richtenden Fragen in 20 Kapitel eingeteilt werden. Jedes Kapitel wird je nach dem Ausfall der Antworten zensiert mit I bis V. V ist die beste Note. Normale oder gescheite Kinder erzielen also 20 mal 5=100 Punkte, debile 60 bis 100, imbezille 30 bis 50, idiotische 20 und weniger. Die Fragen beziehen sich auf die äußere Erscheinung, Sprache, Namen- und Familienverhältnisse, Alter, Körperteile, Bewegungen, Bezeichnung von Gegenständen, Empfindungen der Kinder (Hunger und Durst usw.); dann folgen Fragen nach den Zeitbegriffen, Ortsbegriffen, Vaterland, Kriegsdienst, Lesen, Schreiben, Rechnen, Zeichnen, Berufsarten, Religion, Aufmerksamkeit und Fassungskraft der Kinder. — Das Schema gestattet mannigfaltige Abweichungen und Anpassungen im einzelnen und ist mit gutem Erfolge — Übereinstimmung klinischer und pädagogischer Erfahrungen mit dem Ausfall der Prüfung —

an 250 geistig und moralisch zurückgebliebenen jugendlichen Asylisten erprobt worden.

In seinem Vortrag bietet **Raecke** (112) einen kurzen zusammenfassenden Überblick; auch einige Literatur wird am Schluß angeführt, die Binetsche Methode der Intelligenzprüfung wird gerühmt.

Die Ursachen findet **Wittner** (144) nach seinen schulärztlichen Beobachtungen in der geringen Bodenständigkeit, der Trunksucht und den viele ungelernte Arbeitskräfte brauchenden Industrieverhältnissen. Zur Abhilfe empfiehlt er die Einrichtung von Nebenklassen und Hilfsschulen, die in Oberschlesien noch fast völlig fehlen.

Auf Grund eigener Erfahrungen setzt **Wehle** (140) die Organisation der Fürsorge für schwerhörige Kinder in Sachsen und besonders in der Chemnitzer Anstalt auseinander, der er als Lehrer angehört. Er fordert den Ausbau der Sonderklassen für Schwerhörige und zeigt den Einfluß der Schwerhörigkeit auf die Gestaltung der einzelnen Unterrichtsfächer in solchen Sonderklassen. Die Darlegungen werden durch Beispiele aus der Schulpraxis ergänzt, von denen den Neurologen besonders einige Fälle zentraler motorischer Sprachschwäche angehen, die gelegentlich — unter dem Einfluß positiver Gefühlstöne — überwunden werden kann.

Von 145 entlassenen Hilfsschülern konnten nach **Godtfring**'s (50) Statistik, die sich auf die Kieler Hilfsschule bezieht, nur 70 von ihren ehemaligen Lehrern auf ihre weitere Entwicklung hin verfolgt werden. Von diesen sind 88 % erwerbsfähig geworden, darunter freilich zahlreiche, ihre Stellen nicht selten wechselnde Gelegenheitsarbeiter. Ein Teil konnte die gewerbliche Fortbildungsschule mit Erfolg besuchen und ein Handwerk erlernen. Godtfring betont den Wert der körperlichen Pflege an den Hilfsschülern, fordert einen eigenen Schularzt für die Hilfsschule und verweist auf eine durch ihn veranlaßte Statistik eines Landschullehrers, der die Gesundheit und praktische Brauchbarkeit ehemaliger schwachsinniger Landschüler untersucht und sie derjenigen ehemaliger, aufs Land verschlagener städtischer Hilfsschüler weit überlegen gefunden hat.

Mit einem kurzen Überblick über die Geschichte der Psychiatrie leitet **Weygandt** (143) sein mit Vogt u. a. gemeinsam herausgegebenes Handbuch ein. Die klaren, wenn auch noch etwas kümmerlichen Kenntnisse des Altertums, Schmutz, Dummheit, Grausamkeit und Mystizismus des Mittelalters, endlich die wiedererwachende Teilnahme der neueren Zeit, die sich zunächst freilich nur den Kuriositäten zuwandte, wie sie sich nicht selten unter den Hofnarren und Hofzwergen (Abbildungen) gefunden haben, wird kurz berührt. Die eigentliche planmäßige Fürsorge setzt ja erst mit dem 19. Jahrhundert ein; die Gründungsjahre der älteren Anstalten werden aufgeführt.

Aus den Darlegungen **Hermann**'s (56) sei die scharfe Kritik hervorgehoben, die er an der Benennung „moralischer Schwachsinn" übt. Mit „Moral" hat die eigenartige krankhafte Störung oder mangelhafte Entwicklung gewisser Zentren eigentlich nichts zu tun, die dafür verantwortlich ist, daß sich moralische Hemmungen durch Erziehung nicht wecken lassen. Hermann vertritt auch in dieser Arbeit wieder die Selbständigkeit der Gefühlsveranlagung gegenüber der Verstandesveranlagung. Er hofft, daß sich Sonderwege zur Erziehung solcher Kinder finden lassen werden, deren Gefühlsveranlagung gestört ist, etwa mit den gleichen Erfolgen, die der Hilfsschulpädagogik bei Störungen der Verstandesveranlagung beschieden worden sind.

Schlieps (118) beschreibt drei Fälle von Wandertrieb, von denen bemerkenswerterweise zwei Mädchen betrafen. Obwohl bisher kein Fall von Wandertrieb bei einem Mädchen in der Literatur mitgeteilt worden ist, meint Verf.,. daß er bei Kindern weiblichen Geschlechts nicht seltener vorkomme als bei Knaben; er äußere sich bei Mädchen in anderer, weniger auffälliger Weise und werde daher oft übersehen. Während Knaben den Ort, in dem sie wohnen, stets verlassen, bleiben Mädchen gewöhnlich in der Stadt, in deren Straßen sie umherstreifen, um sich die geputzten Menschen und glänzenden Schaufenster zu besehen. Verf. lehnt es auch in bezug auf seine Fälle entschieden ab, den Wandertrieb als epileptisches Äquivalent aufzufassen, sondern betrachtet ihn als Ausdruck geistiger Minderwertigkeit. (*Lederer.*)

Charakterfehler bei Kindern, welche durch eine Reihe von sittlich schlechten Handlungen, wie Diebstahl, Lüge, Schulhinterziehung, Vagabundieren usw. zum Ausdruck kommen, können nach **Schubart** (123) angeboren sein. Angeborene Charakterfehler sind unabhängig von der Intelligenzentwicklung, sie kommen bei normalbegabten ebenso wie bei hochgradig schwachsinnigen Kindern vor und beruhen seltener auf einem Defekt der Gefühlsregungen, häufiger auf Störungen im Gefühls- und Triebleben und auf Willensschwäche. Derartige Störungen können krankhaft sein. Dies ist dann anzunehmen, wenn sie einmal durch alle Erziehungsmethoden unbeeinflußt bleiben, andererseits gleichzeitig mit körperlicher oder intellektueller Entwicklungshemmung oder mit Nervenkrankheiten (Epilepsie, Hysterie) auftreten.

Die Behandlung solcher Kinder muß nach psychiatrischen Grundsätzen erfolgen, also ohne Zwangsmittel (Prügel usw.).

Im Anschlusse daran werden auszugsweise die Krankengeschichten von 45 Kindern mitgeteilt, welche in 4 Gruppen eingeteilt sind: 1. Gemütsstumpfe (13 Fälle); 2. abnorm Erregbare (19 Fälle); 3. Kinder mit gesteigertem Triebleben und Willensschwäche (9 Fälle); 4. periodisch Verstimmte (4 Fälle). (*Autoreferat.*)

Unter allen Ursachen steht nach **Barr** (2) weitaus die Erblichkeit obenan; die geistig Minderwertigen haben überdies oftmals ein gesteigertes Triebleben und vermehren sich besonders stark. Unter allen Mitteln zur Abhilfe muß demnach auch die Vorbeugung obenan stehen: Barr verlangt einen Gesundheitsschein als Vorbedingung der Eheschließung für beide Gatten, ferner Absonderung und Unfruchtbarmachung (Vasektomie und vaginale Tubektomie unter Umständen unter Lokalanästhesie) der Minderwertigen. Die vorgeschlagenen Operationen seien einfach, nicht gesundheitsschädlich und vernichteten nicht die Lust und Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr, sondern nur die Fruchtbarkeit.

Ein 14jähriger Knabe wurde von **Charon** und **Courbon** (19) in die mediz.-pädag. Abteilung des Irrenhauses zu Amiens aufgenommen, weil er ein unverbesserlicher Taugenichts sein sollte. Seit frühester Jugend hatte er in ganz außergewöhnlicher Weise masturbiert, war vom moralischen Standpunkt aus beurteilt, verurteilt und beständig schwer bestraft worden. Er war inzwischen zornig, niedergeschlagen, reizbar geworden, anscheinend völlig verdorben. Im Asyl wurde er von einem Blasenstein befreit: fast augenblicklich änderte sich sein Wesen; jetzt, ein Jahr nach der Operation, ist er bis auf eine geringe nervöse Reizbarkeit völlig normal. An diesen Fall knüpfen die Autoren die Forderung der Einführung spezialärztlicher Untersuchung sämtlicher zur öffentlichen Erziehung vorgeschlagener Kinder.



Funktionelle Psychosen.

Ref.: Dr. Helene Friederike Stelzner-Berlin-Charlottenburg.

1. **Arsimoles**, Des troubles gastriques au début des accès maniaco-dépressifs. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. XIV. p. 429. **(Sitzungsbericht.)**
2. **Bagenoff**, Myriatchénié et Klikouschisme. Arch. de Neurol. Vol. II. 9. S. Nov. p. 273.
3. **Ballet**, Gilbert, La mélancolie. Bull. méd. XXV. No. 6. 55—59.
4. Derselbe, Diagnostic différentiel, clinique et nosologique de la mélancolie. Bulletin médical. No. 16—17. p. 157. 169.
5. Derselbe, Comment faut-il concevoir une hallucination? Délires systématisés hallucinatoires. Rev. gén. de clin. et de thérap. XXV. 165—167.
6. Derselbe, Sur un cas d'internement d'office motivé par un délire apparent de persécution et de grandeur. Revue neurol. 2. S. p. 451. **(Sitzungsbericht.)**
7. Derselbe, La psychose hallucinatoire chronique. L'Encéphale. No. 11. p. 401.
8. Derselbe, Délire de révendication. Rev. gén. de clin. et de thérap. XXV. 275.
9. Derselbe, Délire d'interprétation sans hallucinations. ibidem. 388.
10. **Barasch**, Hans, Zur Symptomatologie der chronischen Paranoia. Inaug.-Dissert. Kiel.
11. **Beaussart**, Délire de persécution et de grandeur à teinte mystique. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 35. **(Sitzungsbericht.)**
12. **Beco**, Léon, Un cas d'excitation maniaque au cours d'une otite moyenne aiguë. La Presse oto-laryngol. No. 8. p. 337.
13. **Bedel**, Des rapports des obsessions avec la psychose périodique. Thèse de Paris.
14. **Benon**, R., Délire d'interprétation et contagion mentale. Journal de Psychol. norm. et pathol. 1910. No. 2. p. 133—149.
15. Derselbe, Les dysthénies périodiques. (Psychose périodique ou maniaque-dépressive.) Revue neurol. No. 9. p. 541.
16. **Betz**, W. A., De classificatie der functioneele neurosen en psychosen volgens een natuurlijk stelsel (tevens een proeve tot de oplossing van het degeneratie-probleem). Psychiat. en neurol. Bladen. XV. 57—94.
17. **Biauté**, La folie à double forme. Gaz. méd. de Nantes. No. 30. p. 581—591.
18. **Blondel**, Délire systématisé de transformation et de négation d'organes chez une intermittente. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 140. **(Sitzungsbericht.)**
19. **Blumenfeld**, Marie, Ein atypischer Fall von manisch-depressivem Irresein. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
20. **Boidard**, Marcel, Stéréotypie et collectionnisme chez une délirante chronique non démente. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 3. p. 108—116.
21. **Bone**, H. D., Paranoia. Vermont Med. Monthly. Febr.
22. **Bornstein**, Maurycy, Über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 2. p. 145.
23. Derselbe, Nachträgliche Bemerkungen zu dem Aufsatz „Über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox". Diese Zeitschr. 5. 145. ibidem. Bd. V. H. 5. p. 708.
24. **Brill**, A. A., Ein Fall von periodischer Depression psychogenen Ursprungs. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 158—164.
25. Derselbe, Psychologic Mechanisms of Paranoia. New York Med. Journ. Dec. 16.
26. **Buckley**, G. C., The Katatonic Symptom Complex: Report of a Case Occurring in A Middle-Aged Male. Amer. Journ. of Insanity. **68.** 33.
27. **Burr**, C. B., Paranoia and Certain Paranoid Conditions in Relation to Public and Medical Profession. Journ. of Michigan State Med. Soc. Oct.
28. **Buvat**, Un cas d'hallucinose chronique. Revue neurol. 2. S. No. 19. p. 449. **(Sitzungsbericht.)**
29. **Capgras**, Une persécuté démoniaque. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 106. **(Sitzungsbericht.)**
30. **Cappelletti und Franchini**, Das Krankheitsbild der Paranoia. Neurol. Centralbl. p. 1080. **(Sitzungsbericht.)**
31. **Carras**, Etude statistique sur la psychose périodique. Ses rapports avec la psychasthénie chronique à base d'interprétations délirantes. Thése de Toulouse.
32. **Cordova**, A. de, „Locura de dos" o locura en colaboracion. Rev. med. cubana. XVIII. 359—367.
33. **Cuneo**, G., Alterazioni del ricambio proteico in alcune malattie. II. Psicosi maniaco-depressiva. III. Demenza precoce. Ricerche eseguite nel manicomio di Genova. Boll. d. Sc. med. di Bologna. 1910. 8. s. X. 565—603.
34. **Damaye**, H., Mélancolie confusionelle toxi-tuberculeuse avec anxiété et idées de négation



disparition des idées délirantes parallèlement à la guérison de la tuberculose. Revue de Psych. **15.** 156.
35. Derselbe, Manie pure et manie confusionnelle. ibidem. 1910. T. XIV. p. 354.
36. Derselbe, Etats mélancoliques avec idées de persécution. Origine tuberculeuse. Autopsies. ibidem. 1910. No. 6. p. 226.
37. Derselbe et Laydeker, Manie confusionnelle aiguë par métrite du col. Echo médical du Nord. 1910. 28 août.
38. Dide, M., et Carras, G., Sur la psychose maniaque dépressive. Toulouse méd. 1910. 2. s. XII. 395—400.
39. Dromard, G., Le délire d'interprétation. Journ. de Psychol. norm. et path. **8.** 289. 406.
40. Derselbe et Senges, Maigreur pathologique chez un aliéné hypocondriaque. L'Encéphale. No. 1. p. 64.
41. Drosnes, M., Ein seltener Fall von hysterischer Melancholie mit Verschluckung von 40 Corpora aliena in Suicidabsicht. Heilung. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. (russ.) **10.** 1029.
42. Dumas, A., La manie, la mélancolie et la manie-mélancolie à l'asile d'aliénés d'Agen (commentaires statistiques sur 315 cas). Thèse de Bordeaux.
43. Derselbe, La contagion des manies et des mélancolies. Revue philosophique. No. 12. p. 561.
44. Derselbe et Delmas, Psychose confusionnelle par émotion-choc. Revue neurol. I. S. p. 406. **(Sitzungsbericht.)**
45. Dupouy, Roger, Récidives éloignés de la manie et de la mélancholie. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. XIV. p. 310. **(Sitzungsbericht.)**
46. Dupré et Collin, Psychose hallucinatoire chronique à début purement sensoriel. Revue neurol. 2. S. p. 450. **(Sitzungsbericht.)**
47. Derselbe et Devaux, La mélancolie du peintre Vandergoes. Journal de Neurol. No. 2. p. 21.
48. Derselbe et Fouque, Un cas de délire à trois. Revue neurol. I. S. p. 409. **(Sitzungsbericht.)**
49. Derselbe et Gelmas, Hallucinose chronique. ibidem. I. S. p. 408. **(Sitzungsbericht.)**
50. Derselbe et Tarrius, Jean, Puérilisme mental chez une maniaque. Rapports du puérilisme avec le délire d'imagination. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 32.
51. Ennen, Paranoia oder manisch-depressives Irresein. Neurol. Centralbl. p. 1149. **(Sitzungsbericht.)**
52. Ex, van, Du délire. Arch. méd. belges. XXXVII. 11—24.
53. Ferenczi, A., Die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. Gyógyászat. **51.** 630. 646.
54. Ferrua, G., La folie morale de persécution sans délire; étiologie et diagnostic différentiel. Liguria medica. 1. avril.
55. Garban, L., Les déviations morbides du sentiment religieux à l'origine et au cours de la psychasthénie. Paris. Vigot frères.
56. Garczynski, S., De l'issus des psychoses périodiques et circulaires (folie manique-dépressive). Thèse de Genève. 1910.
57. Gardi, J., e Prigione, F., Ricerche sperimentali condotte col metodo dell'esaurimento frazionato del potere anticorpo degli antisieri al fine di dimostrare la esistenza di principii abnormi specifici nel siero di sangue dei malati di mente psicosi maniaco-depressiva e demenza precoce). Rassegna di studii psichiatr. I. No. 5. p. 457.
58. Gaussen, Ch., La mélancolie présénile (étude psychologique et clinique). Thèse de Bordeaux.
59. Gimeno, Riera, J., Un caso de demencia paranoide; un caso de dipsomania. Rev. frenopát. españ. 1910. VIII. 357—361.
60. Gonnet, Auguste, Fabulation et Délire systématisé chronique. Gaz. des hôpitaux. No. 106—107. p. 1531. 1543.
61. Gordon, Alfred, Differential Diagnosis between Manic-Depressive Insanity and Dementia Praecox. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 613. **(Sitzungsbericht.)**
62. Hamel, Tentative de suicide chez une persécutée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 250. **(Sitzungsbericht.)**
63. Hartwich, Werner, Bacterium coli im Liquor cerebrospinalis. Berliner klin. Wochenschrift. No. 18. p. 795.
64. Heinicke, W., Manisch-depressive Psychose und hysterisches Irresein bei ein und derselben Kranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 429.
65. Hoche, Einfache Seelenstörungen. (Melancholie, Manie, Paranoia.) Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 19. p. 573.



66. Jelgersma, G., Paranoia im Senium. Vortrag. Psychiatr. en neurol. Bladen. 15. 523.
67. Jelliffe, S. E., Cyclothymia; the Mild Forms of Manic-Depressive Constitution. Amer. J. of Insan. LXVII. 661—676.
68. Juarros, César, Un caso de delirio de zoopatia interna curado. El Siglo Medico. p. 276.
69. Juquelier, Cinquante ans de délire mystique sans démence. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 184. (Sitzungsbericht.)
70. Kannabich, J., Zur Pathologie der intellektuellen Emotionen, Paranoia, Psychasthenie. Psychotherapie. (russ.) 2. 249.
71. Kern, O., Über Symptomenkomplexe, besonders den paranoischen, und Hereditätsfragen in der Psychiatrie. Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 15. p. 235.
72. Kilian, Karl, Untersuchung der Assoziationen bei Manischen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI. H. 1. p. 28. 83.
73. Klehmet, F., Akute Linkshändigkeit bei einem Falle von katatonischer Propfhebephrenie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 5. p. 389.
74. Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. V. H. 3. p. 366.
75. Knight, E., Melancholie. Brit. Med. Journal. II. p. 1416. (Sitzungsbericht.)
76. Lachmund, H., Neurologisches aus den Anstalten. Sclerosis multiplex mit Paranoia. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 15. p. 139.
77. Leroy et Trenel, Troubles mentaux récidivants chez deux soeurs. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 35. (Sitzungsbericht.)
78. Lévy-Valensi, Une forme littéraire du délire d'interprétation. Berbiguier de Terre-Neuve du Thym. L'Encéphale. 2. S. No. 9. p. 193.
79. Matsubara, Saburo, Das Wesen der depressiven Psychosen. Neurologia. Bd. II. p. 37.
80. Maybardjuck, Peter, Klinische Varietäten der chronischen einfachen und halluzinatorischen Paranoia. Inaug.-Dissert. Berlin.
81. Mc Cafferty, G. W., Acute Mania: its Diagnosis, Prognosis and Treatment. Pennsylvania Med. Journal. April.
82. Mc Gaffin, A Maniac-depressive Family. A Study in Heredity. Amer. Journ. of Insanity. LXVIII. p. 263.
83. Meehan, J. W., An Interesting Case of Confusional Insanity. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 3. p. 179.
84. Mochi, Alberto, Neuere italienische Untersuchungen über die Verwandtschaftsverhältnisse der funktionellen Psychosen. Rassegna di Studi psichiatr. Vol. I. fasc. 3. p. 130.
85. Molin de Teyssieu, La manie présénile (étude clinique). Thèse de Bordeaux.
86. Nadal, Excitation motrice à forme poriomaniaque chez un circulaire. Annales méd.-psychol. 9. S. T. XIII. No. 2. p. 216.
87. Nordman, Des hallucinations dans la manie délirante. Loire médicale. XXX. No. 1. p. 16.
88. Oppenheim, H., Zur Frage der Genese des Eifersuchtswahns. Centralbl. f. Psychoanalyse. 2. 67.
89. Paravicini, G., Psicosi maniaco-depressiva, stupore catatonico ed accessi epilettiformi. Rassegna di studi psichiat. I. 17—31.
90. Partenheimer, Zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. VI. H. 3. p. 326.
91. Petró, F., Della pazzia analoga o gemellare. Ann. di Freniat. XX. fasc. 2.
92. Pförringer, Otto, Das Wesen des katatonischen Symptomenkomplexes. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. No. 5. p. 380.
93. Piñero, H. G., Locura communicada familiar. Rev. frenopát. españ. IX. 129—139.
94. Poensgen, Fritz, Die Modifikation des manisch-depressiven Anfalls im Rückbildungsalter. Inaug.-Dissert. Strassburg.
95. Polvani, Federico, Sopra una forma di stereotipia frequente nei frenastenici. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. XXXVII. fasc. IV. p. 895.
96. Privat de Fortunié et Hannard, P., Un cas de psychose chronique à base d'interprétations, avec délire d'imagination et réactions revendicatrices. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 3. p. 90—108.
97. Read, C. F., Clinical Studies on the Psychic Factors Concerned in Functional Psychoses. Amer. Journ. of Insan. LXVII. 705—723.
98. Rehm, Die Bedeutung des psychogenen Momentes im manisch-depressiven Irresein. Neurol. Centralbl. p. 638. (Sitzungsbericht.)
99. Rémond et Voivenel, P., Essai sur la valeur de la conception Kraepelienne de la manie et de la mélancholie. Enquête et critique. Ann. méd.-psychol. 1910. 9. S. T. XII. No. 3. p. 353 und T. 13. No. 1. p. 19.



100. Renesse, Alexander v., Die Differentialdiagnose zwischen Manie und Dementia hebephrenica (praecox). Inaug.-Dissert. Berlin.
101. Reuter, C., Paranoide Symptome bei einem Kinde. Budapesti Orvosi Ujság. 9. 579. No. 32. (Ungarisch.)
102. Rittershaus, E., Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch melancholischem Irresein mit besonderer Berücksichtigung der chronischen, perniziös verlaufenden Formen des letzteren. Mitteil. aus d. Hamburg. Staatskrankenanstalten. Bd. XII. H. 16. p. 475.
103. Robertson, George M., Some Medico-Legal and Practical Considerations Relating to Melancholia. Brit. Med. Journal. I. p. 800.
104. Derselbe, The Morison Lectures (Abstracts of) on Insanity, Melancholia, the Depressive Insanity. The Lancet. I. p. 865.
105. Derselbe, Morison Lectures. The Differentiation of Melancholia, the Depressive Phase of Manic-Depressive Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 415.
106. Rodiet, A., et Masselon, R., Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique. L'Encéphale. No. 12. 2. S. p. 532.
107. Roehrich, Les états dépressifs. (Revue.) Revue méd. de la Suisse Romande. No. 7. p. 483.
108. Rogues de Fursac et Capgras, J., Délire mélancolique de négation et d'immoralité au bout de deux ans et demi. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 139. (Sitzungsbericht.)
109. Rosenthal, Stefan, Eine Verstimmung mit Wandertrieb und Beziehungswahn. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 330.
110. Rougé, C., Manie simple et psychose périodique. Annales médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 3. p. 353.
111. Ruata, G., Melancolie und manisch-depressives Irresein. Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Jahrg. XXXVIII. H. 1. 2. 3. 4. 1910. Ferrara. Psycho-pathologischer Beitrag.
112. Sánchez - Herrero, Abdón, Un caso de excitacion maniaca. (Historia clinica.) El Siglo Medico. p. 217.
113. Schaikewitsch, M., Zur Lehre der „folie à deux". Russ. Arzt. 10. 440.
114. Scheer, W. M. van der, Ein Fall von Melancholie mit hartnäckiger Nahrungsverweigerung und chronischer Obstipation. Een geval van Melancholie met hardnekkige voedselweigering en chronische obstipatie. Psych. en Neurol. Bladen. 15. No. 3. p. 285.
115. Scuderi, A., Psicosi familiare a tre. Riv. ital. di neuropat. IV. 172—175.
116. Simon, Parakinetische Motilitätspsychose. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 292.
117. Smith, H. A., On Melancholia; a Medical, Literary and Artistic Study; Some Tragedies of Psychosis. West London Med. Journ. XVI. 89—111.
118. Starokotlitzky, Zur Frage der Einwirkung des Geschlechtsinstinkts auf die Religion. Beschreibung eines Falls von religiös-erotomanischem Irresein. Korsakowsches Journal f. Neuropath. 11. 259.
119. Stevens, J. W., Manic-Depressive Insanity. Journ. of the Tennessee State Med. Assoc. Febr.
120. Derselbe, Remarkable Case of Catatonia. ibidem. July.
121. Stransky, Erwin, Streifzüge durch die Klinik des manisch-depressiven Irreseins. Medizin. Klinik. No. 47. p. 1843.
122. Derselbe, Bemerkungen zur Theorie des manisch-depressiven Irreseins. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 126.
123. Derselbe, Das manisch-depressive Irresein. (Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. Abteilung 6.) Wien. Fr. Deuticke.
124. Suchanow, S., Zyklothymie. Psychotherapie. (russ.) 2. No. 4—5. 153.
125. Talmey, M., Manic-Depressive Insanity or Recurrent Insanity. New York Med. Journal. Jan. 7.
126. Tamburini, Arrigo, Psicosi catatonica acuta e psicosi maniaco-depressiva catatonica. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 369.
127. Tastevin, J., L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (Psychose périodique). Annales médico-psychol. 9. S. T. XIII. No. 2—3. p. 177. 384. T. XIV. p. 18.
128. Terson, A., L'autoénucléation des deux yeux dans la mélancolie anxieuse. Bull. Soc. d'Ophtalmol. de Paris. p. 47.
129. Treadway, W. L., Mixed Phase of Manic-Depressive Insanity. Illinois Med. Journal. May.
130. Truelle et Pillet, Une mystique persécutée. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 249. (Sitzungsbericht.)



131. Tyson, W. J., The Mania Following Pneumonia. Brit. Med. Journal. II. p. 815. (Sitzungsbericht.)
132. Valtorta, D., Prodromi di eccitamenti catatonici. Manicomio. 1910. XXVI. 19—32.
133. Vidal, De la folie communiquée et de la folie simultanée. Thèse de Toulouse. 1910.
134. Vidoni, G., Sopra un caso di psicosi paranoide. Il Manicomio. Bd. 15. Nocera Inferiori.
135. Vigouroux, Manie périodique guérie. Ann. médico-psychol. 9. S. T. XIV. p. 303. (Sitzungsbericht.)
136. Voivenel et Tapie, J., Sur un cas de mélancolie délirante au cours d'un ictère par rétention. Toulouse méd. 2. s. XIII. 137—140.
137. Vurpas, Cl., Trois observations de délire de négation. Disparition totale du syndrome dans l'un de ces cas après une durée de douze années. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 141. (Sitzungsbericht.)
138. Weber, Heinrich, Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. Inaug.-Dissert. Strassburg.
139. Winter, Willy, Ein kasuistischer Beitrag zu den A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie. Inaug.-Dissert. Bonn.
140. Wörmann, Adolf, Melancholie und Raptus melancholicus. Inaug.-Dissert. Kiel.
141. Zilocchi, Alberto, Epilessia arteriosclerotica nella frenosi maniaco-depressiva. Il Morgagni. (Archivio.) Parte I. No. 5. p. 161.
142. Ziveri, Alberto, Su alcune forme di psicosi depressiva a carattere ipocondriaco. Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol. I. fasc. 4. p. 370.

Vorwort.

In vorwiegender Weise beschäftigen sich die Literaturerzeugnisse dieses Jahres zu den funktionellen Psychosen mit Äußerungen über die Tagesfragen des manisch-depressiven Irreseins, bzw. mit Stellungnahme in der Diskussion darüber, ob jede Melancholie und jede Manie nur als Kompenente einer Zyklothymie anzusehen sei oder als selbständige Krankheit vorkommen könne.

Es läßt sich konstatieren, daß es kaum eine das Gebiet streifende französische Arbeit aus dem Jahre 1911 gibt, die nicht energisch Partei ergreift und des „professeur de Munich" nicht in irgendeiner Form Erwähnung tut. In Frankreich, wo die Frage gegenwärtig am heftigsten und leidenschaftlichsten tobt und Kraepelin zum Teil vergöttert wird (Rodiet, Masselon und viele andere), hat man andererseits (Rémond und Voivenel) den Weg beschritten, die kühnen Theorien durch objektive Forschungsergebnisse, die aus der Erfahrung schöpfen, nachzuprüfen. 14 Französische Anstaltsleiter — und man kann wohl annehmen, daß die Auswahl nach ihrer wissenschaftlichen Wertung und nicht etwa nach einer vermuteten gegnerischen Stellung zu Kraepelin getroffen sei — haben sich zur Sache geäußert. Nach mehr als jahrzehntelangen Beobachtungen sprechen sie sich gegen die Annahme von Kraepelins Theorien in vollem Umfang aus, darunter auch einige Renegaten, welche zugeben, zunächst von der Einfachheit der Kraepelinschen Lehren geblendet gewesen zu sein, sie aber doch durch die Praxis nicht bestätigt gefunden zu haben. Abseits von dieser Gruppe betritt Tastevin neue Wege. In seinen Deduktionen liegt zwar ein manisch-depressiver Kern, indem er Manie und Melancholie nur als graduelle Verschiedenheiten desselben Zustandes bezeichnet, aber trotzdem stellt er sich Kraepelins Lehren ausgesprochen gegenüber. Er nimmt eine reine Melancholie und eine reine Manie als besondere Form an. Für manisch-depressives Irresein setzt er periodische Dysthenien und behauptet, daß die Verstimmung des manisch-depressiven Irreseins erst sekundär entstehe, indem der Betroffene, unglücklich über das primäre Moment, über die Leistungsunfähigkeit und das Schwächegefühl sei.

Die englische Literatur, die nur zu einem sehr kleinen Teil hier Berücksichtigung fand, wird beherrscht durch Robertsons Vorlesungen über Melancholie und manisch-depressives Irresein, das von Kraepelinschem



Geiste erfüllt, sich gegen den Meister nur richtet, wo dessen Theorien gewissermaßen nicht radikal genug gefaßt sind.

In der deutschen Literatur sind von besonderem Belang die Äußerungen Hoches und Stranskys. Der Freiburger Psychiater, der für die Periodizitätslehre folgendes Scherzwort findet: „Theoretisch sind die Fälle (Melancholie, Manie) immer periodisch. Nur unter Umständen erlebt der Mensch den zweiten Anfall nicht mehr“, gibt in seinem Vortrag über einfache Seelenstörungen (Melancholie, Manie, Paranoia), der für ein Publikum von praktischen Ärzten gedacht ist, einen klaren Überblick über das heute sehr unklare Gebiet der Klassifikation, dessen einzelnen Äußerungen er ziemlich pessimistisch gegenübersteht. Stransky teilt diesen Pessimismus nicht. Er meint Individualitätspsychiatrie und klassifikatorische Psychopathologie stünden in keinem so unlösbaren Widerspruch, wie ja auch die interne Medizin, insbesondere wenn wir uns die verschiedenen Stoffwechselanomalien und Stoffwechselkonstitutionen vor Augen führen, reichlich Paradigmata im homologen Sinne biete: „Auch da finden wir wohl begründete nosologische Typen, deren Anerkennung durch das Bestehen rudimentärer Formen bzw. habitueller Reaktionsanomalien, die dann gelegentlich auf ganz andersartige Krankheitsbilder abfärben können, kein Abbruch getan wird.“ Neben einer Vorläuferarbeit über die pathogenetischen Grundlagen des manisch-depressiven Irreseins, wo er die vorher zitierte Bemerkung macht, hat er ähnlich wie Hoche in einem Vortrag für praktische Ärzte die moderne Lehre vom manisch-depressiven Irresein zusammengefaßt und dem Verständnis des Praktikers nahe gebracht. Ganz in Sommers Bahnen geht Killian, wenn er unendlich fleißige und mühsame Assoziationsversuche in den verschiedenen Krankheitsphasen eines Patienten mit manisch-depressiver Erregung auf latent epileptischer Grundlage anstellt, womit wieder etwas Positives zur Symptomatologie einer Psychose geschehen ist. Hierher gehören auch die Beobachtungen Westphals über Pupillenstörungen bei Katatonie, die dessen Schüler Winter in seiner Dissertation hübsch illustriert hat.

Heinicke führt uns auf ein ganz anderes Feld, zu der Psychiatrie, wie sie in den Strafanstalten geübt wird, und wirft damit interessante Streiflichter auf das Gebiet der sozialen Psychiatrie.

Im allgemeinen will es scheinen, als ob wir mit diesen unendlichen Klassifikationsfragen durch Hypothesen — selbst wenn sie anamnestisch und katamnestisch belegt werden — nicht weiter kommen als zu der Erkenntnis, daß wir nichts wissen können, und daß die moderne Forschung bereit ist, erst den Vorhang aufzuziehen, der mit der Devise funktionelle Psychosen ganze unentdeckte Reiche birgt, welche uns durch weitere klinische Beobachtungen, durch Stoffwechsel- und Blutdruckuntersuchungen, durch pathologisch-anatomische Studien, durch das Röntgenverfahren und durch noch mehr verfeinerte mikroskopische und Färbemethoden doch einmal zufallen müssen, wie unserem Jahrhundert die Eroberung der Luft zufiel. Hat doch Bornstein in seiner schönen Arbeit über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irreseins und Dementia praecox zwar selbst keine positiven Merkmale der einen und der anderen Gruppe entdeckt, aber mit erfreulicher Entschiedenheit betont, daß die psychologische Analyse in Verbindung mit anatomisch-pathologischen und chemischen Untersuchungen immer mehr herangezogen werden müsse, um Klarheit zu schaffen.

Meehan (83) beschreibt einen Fall, der alle Züge eines allerdings 13 Monate währenden Dämmerzustandes im Anschluß an eine Äthernarkose bei einem nichtbelasteten Individuum trägt, mit der seltenen Note der Persönlichkeitsverkehrung. Verf. nennt ihn einen postoperativen Verwirrtheitszustand.



Die Arbeit **Rosenthals** (109) bietet einen Beitrag zu dem viel umstrittenen Symptom des Wandertriebes. Denn soweit sind wir glücklich gelangt, ihn als eine Krankheitsäußerung zu betrachten, die auf dem Boden der verschiedensten nosologischen Einheiten entstehen kann. Verf. schildert das komplizierte Krankheitsbild einer erheblich belasteten Frau, die in ihrer Jugend schon an Stimmungsschwankungen gelitten hat, bei der sich im Anschluß an trübe Erfahrungen in einem frühen Klimakterium depressive Phasen herausbildeten. Diese sind dadurch ausgezeichnet, daß sie stets eine Art Wander- und Reisetrieb mit einem gewissen Zielbewußtsein und nur mangelhafter Amnesie auslösen. Sie werden häufig direkt unternommen, um den depressiven Stimmungen zu begegnen. Rosenthal benutzt die Gelegenheit an der Hand seines Falles, den heutigen Stand der Frage des Wandertriebes aufzurollen, was ihm um so leichter gelingt, als seine Patientin sowohl hysterisch-paranoide als manisch-depressive, außerdem ängstliche und gehemmte Züge trägt, ja als sich schließlich noch solche des präsenilen Beeinträchtigungswahnes zeigen. Meines Erachtens wäre die Deutung am einfachsten durch die Patientin selbst gegeben, die angibt, Erleichterung durch Wanderungen und Fahrten zu haben. Der gespannte Zustand sucht nach einer Entladung, und was bei schweren Erkrankungen sich als Raptus melancholicus, durch Homizid oder Suizid entlädt, das geschieht hier durch die motorischen Tätigkeitssteigerungen, die die Wanderungen und Fahrten bedingen.

Kilian (72) bemüht sich, in 17 Versuchsreihen Assoziationsprüfungen nach Sommer bei einem Patienten anzustellen, dessen Krankheitsbild als manisch-depressive Erregung auf latent epileptischer Grundlage gedeutet wurde. Die Art der Reaktionen teilt Verf. ein: 1. in substantivische bzw. adjektivische, je nach dem auf das Reizwort als Reaktion eine substantivische oder adjektivische Äußerung erfolgt, 2. in Reaktionen mit gewohnheitsmäßigen Reihen (Sprichwort, Gedicht u. dgl.), 3. in unverständliche, nach Sommer sprunghafte Reaktionen, 4. in Klangassoziationen, 5. Perseverationen, d. i. das Beharren auf dem Reizwort, 6. exemplifizierende Reaktionen, 7. konditionale, bei denen das Reaktionswort einen Zustand bezeichnet, der durch das Reizwort bedingt ist, und schließlich spricht er von subjektivischen egozentrischen Reaktionen. Der Publikation liegt eine ungeheure Arbeit zugrunde, da jede der 17 Versuchsreihen, die in den verschiedenen Phasen des Krankheitsbildes, jedenfalls bei verschiedenen Stimmungen des Patienten, angestellt wurden, zirka 50 Fragen enthält. Die Resultate faßt der Autor folgendermaßen zusammen: „Sommer konstatiert in dem Verhalten der beiden Gruppen a) Reizwortwiederholungen, b) sprunghafte klangliche Assoziation in Reihenbildung ein direkt proportionales Verhältnis. Während die Kurve der Gruppe b dauernd nach abwärts verläuft, steigern sich die Reizwortwiederholungen noch, um ihrerseits erst später, nach dem schon lange erfolgten Verschwinden aller anderen pathologischen Erscheinungen allmählich dem normalen Verlauf Platz zu machen. Bei meinen Versuchen läßt sich etwas Derartiges nicht feststellen. Hier verschwinden allerdings die unverständlichen und klanglichen Assoziationen sehr bald, die Kurven der Reizwortwiederholungen und Reihenbildungen dagegen laufen annähernd parallel. Die ersteren sind fast immer etwas zahlreicher vorhanden als die letzteren."

Stransky (121) hat hier den sehr dankenswerten Versuch gemacht, nach einem in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums gehaltenen Vortrag dem Praktiker die modernen Lehren über manisch-depressives Irresein vorzutragen. Verf. lehnt eine Identifizierung des Begriffes periodisches Irresein mit den manisch-depressiven Irreseins-



formen oder eine Subsumierung des einen Begriffes unter den anderen ab, aber er betont, daß die Hauptmasse der Erkrankungen, die von Irrenärzten mit der Marke des periodischen Irreseins versehen werden, manisch-depressive Perioden sind. Dennoch will er dem alten Krankheitsbegriff die Existenzberechtigung nicht absprechen, denn es sei nicht zu leugnen, daß sogenannte periodische Geistesstörungen selbst heterogener Art immerhin eine Reihe äußerer Merkmale in größerem oder geringerem Ausmaße gemein zu haben pflegen. Das manisch-depressive Irresein definiert Verf. als eine konstitutionell-degenerative Geistesstörung, allerdings mit einer auffälligen Neigung zu periodischem oder, genauer gesprochen, intermittierendem Verlaufe, wenigstens über längere Wegstrecken hin, die dabei ihre verwandtschaftlichen bzw. Wurzelbeziehungen zu der „affektiven" Seite jenes großen Myzels (Alzheimer) verraten, welches den Mutterboden aller degenerativen Geistesstörungen darstellt. Daß Verf. in dem kurzen Vortrag noch viel mehr zusammen drängt, als der Titel verspricht, darf uns nicht wundernehmen. Ganz besonders interessiert seine Beurteilung der leichten Fälle manisch-depressiver Erkrankungen, die sog. Zyklothymien, mit ihren im Vordergrund stehenden körperlich nervösen Störungen, wie sie in der Praxis häufig zur Beobachtung kommen.

Bagenoff (2) berichtet über eine kurzdauernde Massenpsychose, deren Wesen darin bestand, daß die davon Befallenen in einen nur Stunden währenden Zustand von Echopraxie und Echolalie unter gesteigerter Erregbarkeit gerieten. Verf. zieht verschiedene ähnliche, in der Literatur beschriebene Fälle, meist bei östlichen Völkerschaften auftretend, heran. Als ätiologisches Moment kommt wohl durchgehends Hysterie in Betracht, als auslösendes eine psychische Chokwirkung, z. B. Schreck, wie dies ja in durchaus einwandfreier Weise Sakaki, der japanische Professor aus Fukucka, in seiner von Bagenoff übrigens nicht zitierten Arbeit „Imubako" nachweist.

Partenheimer (90) bringt vorerst einen sehr hübschen chronologisch geordneten Abriß der Theorien über induziertes Irresein. Zunächst fesseln die modernen Ideen zur Sache, wie sie von Régis, Maradon de Monttyel — folie imposée, folie simultanée und folie communiquée —, ferner durch Schönfeld und Weygandt dargestellt werden. Verf. lehnt sich besonders an den Satz Weygandts an, daß man sich mit der Schönfeldschen Fassung des Begriffes einer psychischen Ansteckung in dem Sinne einer geistigen Erkrankung einer Person B. ledig durch den Einfluß einer geisteskranken Person A. noch nicht zufrieden geben dürfe, sondern in jedem Falle der Arzt als weiteren Prüfstein die Frage aufwerfen müßte, wäre der Kranke B. ohne den Einfluß des Kranken A. zweifellos geistig gesund geblieben? Vor diesem Einwand schütze nur die Bildung einer engeren Gruppe von Induktionsfällen, bei denen die Wirkung einer gemeinschaftlichen psychopathischen Veranlagung ausgeschlossen ist. In drei sehr ausführlichen Krankengeschichten behandelt Partenheimer Fälle, in denen zunächst ein gewisser Einfluß des primär Erkrankten auf den sekundär Erkrankten imponieren muß, bei deren genauerem Studium aber die Weygandtsche Forderung nicht bejaht werden kann.

Er faßt seine Ansichten in folgende hauptsächlichste Leitsätze zusammen:

1. Das Bestehen induzierten Irreseins im strengeren Sinne ist äußerst selten, wenn nicht überhaupt fraglich.

2. Induziertes Irresein kann nur angenommen werden, wenn ein nachweisbar erblich nicht erheblich belastetes, also zu geistiger Erkrankung nicht von vornherein prädisponiertes Individuum lediglich durch den Umgang mit einem Geisteskranken in eine Geisteskrankheit verfällt, die im klinischen

Sinne in Inhalt und Form mit der Psychose des Ersterkrankten identisch ist und nach der Trennung auch weiter einen selbständigen Charakter trägt.

3. Die Krankheitsform, die für das induzierte Irresein wohl allein in Betracht kommen könnte, wäre die Paranoia.

Für den Neurologen, den Psychiater und den praktischen Arzt in gleicher Weise wertvoll und anregend ist der in **Hoche**'s (65) bekannter scharf präzisierter und knapper Weise gehaltene Vortrag über die einfachen Seelenstörungen. Betreffs der Systematik dieser Erkrankungen hebt er hervor, daß der Mangel einer Anatomie derjenigen Veränderungen, die wir klinisch vor uns sehen, die Sicherheit derselben sehr erschwert. So versuchten Meynert und Wernicke den Aufbau eines Systems aus anatomisch-physiologischen Hypothesen, andere Autoren durch logisch-dialektische Behandlung; Kraepelin aber ging auf die eigentliche klinische Methode zurück und wird nach Hoches Worten zweifellos in der Geschichte der Psychiatrie Griesinger die Hand reichen, d. h. es wird von Griesinger bis zu Kraepelins Lehrbuch keine ebenbürtige Lehrdarstellung zu verzeichnen sein. Möbius verdanken wir die Einteilung nicht nur aller Psychosen, sondern auch der Nervenkrankheiten in endogene und exogene. Gelegentlich dieser Feststellung präzisiert Hoche seinen Standpunkt zur Frage der Erblichkeit, die seines Erachtens viel zu hoch von Ärzten und Richtern eingeschätzt, der Verf. sagt, ausgeschlachtet würde. Wie er alsdann weiter Melancholie, periodische Geistesstörung — unter Vermeidung des modernen Schlagwortes manisch-depressiv-akute Paranoia, Dementia praecox „ein Name, schreibt er, notabene, den ich mir von vornherein nicht zu eigen machen möchte", Katatonie und Dementia paranoides gegen die echte chronische Paranoia, deren Begriff er aufrecht erhält und zu der er auch den Querulantenwahn rechnet, abgrenzt, das ist in seiner Einfachheit äußerst instruktiv. Und wenn er schließt „Einfache Seelenstörung ist gewiß nicht in dem Sinne aufzufassen, daß diese Dinge für das Verständnis außerordentlich einfach seien oder sein könnten", so muß man gestehen, daß er den Weg zu diesem Verständnis leicht gangbar gemacht hat.

Im 22. Lebensjahre erkrankten, wie **Petró** (91) mitteilt, 2 Zwillinge weiblichen Geschlechts; zuerst erkrankte die eine, bei der die Diagnose auf Dementia praecox gestellt wurde; etwa einen Monat nachher erkrankte die andere, und bei dieser lautete die Diagnose „Phrenosis hysterica". (*Audenino.*)

Heinicke (64) beschreibt einen typischen Fall von manisch-depressivem Irresein mit ausgesprochen hysterischen Zügen bei einer Strafgefangenen. Noch mehr Interesse als der geschilderte Fall müssen die Bemerkungen des Verf. erwecken, die er zu den manchmal befremdenden, aus Zweckmäßigkeitsgründen nötigen Maßnahmen gegenüber der oder allgemein den Kranken innerhalb der Strafanstalt macht. Es gelingt ihm, hier zu beweisen, daß die Psychiatrie in einer solchen Anstalt von den Forderungen der allgemeinen Psychiatrie abweichen muß, Abweichungen, die ganz gewiß nicht zu beklagen sind, solange sie von so sorgfältigen Erwägungen und gewissenhaften Bedenken geleitet sind, wie bei Verf.

Reuter (101) bespricht das Zustandekommen der Kinderpsychosen, welche in zwei Hauptgruppen einteilbar sind: Die erste Hauptgruppe repräsentiert der Schwachsinn des Kindesalters (Idiotie, Imbezillität usw.) Der zweiten Hauptgruppe gehören die episodartig auftretenden Psychosen an, wie Manie, Melancholie, Amentia usw. Sehr selten ist aber die paranoische Krankheitsform des Kindesalters, weshalb auch diese Zustände beim Kinde nur paranoide genannt werden im Gegensatze zu den Erwachsenen. — Einen solchen paranoiden Fall publiziert Verf. in seiner Abhandlung, der sich auf einen



10jährigen Knaben bezieht, welcher erblich sehr belastet war (Mutter leidet an Zwangsideen, Onkel und Tante sind geisteskrank) und bei welchem der Inhalt der paranoiden Wahnideen die Verfolgung und Vergiftung durch seine Umgebung war. — Patient mußte künstlich genährt werden. (*Hudovernig.*)

Vidoni (134) führt die Geschichte eines Kranken an, welche die Existenz einer von der Paranoia und von der Dementia praecox paranoides unabhängigen paranoiden Psychose beweisen soll. (*Audenino.*)

Ferenczi (53) analysierte 3 an Paranoia und einen an Dementia praecox leidenden Kranken und konnte feststellen, daß die wichtigste Rolle in der Pathogenese der obengenannten Krankheitsformen die Homosexualität spiele, da er mittels der Psychoanalyse nachweisen konnte, daß die 4 Kranken unbewußt homosexuell waren. Er glaubt, auf Grund der psychoanalytischen Resultate annehmen zu können, daß bei der Paranoia wesentlich davon die Rede ist, daß die vergeistigte Homosexualität wieder belebt wird, gegen welche sich das Ich mit Hilfe des Mechanismus der Projektion wehrt. (*Hudovernig.*)

Kleist (74) benützt eine kritische Würdigung der Thomsenschen Publikation von 24 Krankengeschichten angeblich akut paranoischer Individuen, um seinen eigenen, Thomsen entgegengesetzten Standpunkt zu betonen, der seine Übereinstimmung mit Specht, Wilmans, Dreyfus illustriert. Die Kritik der „akuten Paranoia" läuft dann in eine Kritik des manisch-depressiven Irreseins aus, wobei er resümiert:

An die Stelle des manisch-depressiven Irreseins könnten verschiedene Arten abnormer seelischer Veranlagung gesetzt werden, die sich einmal unterscheiden nach Besonderheiten des Auftretens und des Ablaufs der jeweiligen Krankheitserscheinungen (1. autochthone, zeitlich begrenzte Schwankungen, 2. sich nicht wieder ausgleichende Schwankungen, 3. von Anfang an bestehende Gleichgewichtsverschiebungen), und die andererseits darin verschieden sind, daß hier dieser, dort jener Komplex psychischer Funktionen es ist, der in einem Falle autochthon-labil ist, im anderen Falle von Kindheit an und in wieder anderen Fällen erst von einer bestimmten Lebensphase ab eine krankhafte Betonung zeigt. — Zur akuten Paranoia, die als besondere Krankheitsart auch von Thomsen nicht nachgewiesen ist, bemerkt er folgendes:

1. Menschen mit reaktiv labiler Veranlagung können in Reaktion auf affektvolle Erlebnisse (z. B. Verurteilung, Untersuchungs- uud Strafhaft, getäuschte Hoffnungen u. a.) in akut paranoischer Form erkranken.

2. Unter der Gruppe der autochthon-labil Veranlagten bilden die Individuen mit der Disposition zu akut-paranoischen eventuell periodisch-paranoischen Erkrankungen eine besondere Abteilung.

Barasch (10): Eine Dissertation, die sich mit Fragen der Symptomatologie einer Psychose beschäftigt, wird mehr oder weniger den Standpunkt des Lehrers, in diesem Falle Siemerlings widerspiegeln. Die besondere Note erhält die Arbeit, indem die Krankengeschichte eines der beiden Fälle von Paranoia hall. chron. durch ein Autoreferat des Patienten ergänzt wird, dessen Bildungsniveau demjengen eines einfachen Arbeiters entspricht.

Kern (71) geht in seiner Arbeit in den Spuren Hoches und besonders Cramers, von welch letzterem er die spezielle Anregung zur Durchforschung der Symptomenkomplexe bei verschieden gearteten Psychosen erhielt. Seine besondere Aufmerksamkeit schenkt er den paranoischen Komplexen. Er nimmt für paranoide Ideen bei Paralytikern z. B. eine präformierte paranoische Anlage an, ebenso bei Alkohol-, Involutions-, Pubertäts- usw. Psychosen. Dann streift er die noch viel zu wenig studierte Frage der Erb-



lichkeit bei Paranoikern, d. h. noch viel zu wenig studiert in der Durchforschung längerer Generationsreihen und beiderseitiger Stammbäume.

Ballet (7) macht den Versuch, den Begriff der chronisch-halluzinatorischen Paranoia rein herauszuschälen. Er verteidigt ihn gegen Kraepelins Neigung, sie, da so häufig mit finaler Demenz einhergehend, der Dementia praecox-Gruppe zuzurechnen, und wendet sich gegen Magnan und seine Schüler, welche die halluzinatorische Paranoia in zwei große Gruppen glatt aufteilen wollen, in das chronische Delir und die Delirien der Degenerierten. Was die letztere Form anbetrifft, so sagt er: Heute bin ich der Meinung, daß es keine Grenze zwischen diesen beiden Gruppen gibt. Sie vereinigen sich so häufig durch Übergangsfälle, daß ihre nosologische Fusion sich zu vollziehen scheint. Die verschiedenen Modifikationen in der Physiognomie der Psychose rühren von der Grundbeschaffenheit der befallenen Patienten her, ob es schwachsinnige, einfach desequilibrierte oder wenigstens vor Ausbruch der Psychose normal erscheinende Individuen waren. Gegen eine Einordnung in die Dementia praecox-Gruppe führt er an, daß die Demenz bei der chronischen Paranoia sehr spät zutritt, während diese bei der Dementia praecox gleich mit Beginn der psychischen Störungen einsetzt. Ferner weist er konform mit Falret auf die Fälle hin, wo Schwachsinn niemals zur Beobachtung kam. Er stellt das Krankheitsbild der chronischen halluzinatorischen Paranoia schließlich folgendermaßen dar: Ätiologisch steht in erster Reihe hereditäre Belastung, aus der traurige, furchtsame, emotive, unruhige, düstere, hochmütige, eifersüchtige, eitle, herrschsüchtige Charaktere hervorgehen. Indem er bei der Symptomatologie sich in der Hauptsache an Magnan anlehnt, fügt er bei, daß man oft den von diesem geschilderten Symptomenkomplex — Unruhe, persekutorische und ehrgeizige Ideen, schließlich Demenz — finde, noch häufiger aber eine regellosere Entwicklung. Persekutorische und ehrgeizige Ideen vergesellschaften sich, die Krankheit macht einmal Sprünge, dann wieder gibt es Remissionen usw., aber all diese verschiedenen Typen berechtigen nicht zur Aufstellung besonderer Krankheitsformen.

Lévy-Valensi (78) bespricht das Buch „les Farfadets“ (Kobolde), das ein chronischer Paranoiker nach bereits 33 Jahre währenden Verfolgungsideen im Jahre 1821 herausgegeben hat. Nachdem ihn Magnan unter seinem délire chronique, Gilbert Ballet unter den chronischen halluzinatorischen Psychosen unterbringen wollte, glaubt Verf. ihn unter Sérieux und Capgras' Spezialgruppe der chronischen Paranoia, nämlich unter das délire d'interprétation, stellen zu müssen. Besonders interessiert das dem dreibändigen Werke entnommene Bildnis des Kranken, das dieser mit einer Reihe auf die Verfolgung bezugnehmender Embleme verziert hat.

Gonnet (60) betont die besondere Stellung der Fabulationen innerhalb des Bildes der chronischen Paranoia, auf die besonders Dupré und Logre hingewiesen, und welche Sérieux und Capgras weiter ausgearbeitet haben. In den Konfabulationen spiegeln sich meist die Größen-, in selteneren Fällen die Verfolgungsideen wider. Sérieux und Capgras nehmen sie für eine Varietät des Beziehungswahns, Gonnet will diese Erzählungen der Kranken durchaus nicht mit den Berichten über gehabte Halluzinationen verwechselt wissen. An der Hand eines von ihm beobachteten Falles möchte er die nosologische Stellung der Konfabulation genauer herausarbeiten. Bezüglich der Ätiologie bemerkt er, daß viele der hierher gehörigen Patienten vor Ausbruch der Psychose Debile oder Desequilibrierte waren mit einer großen Neigung zu phantastischen Erzählungen, während der von ihm selbst beobachtete Fall bei einem vorher ganz normalen Individuum beobachtet wurde. Frauen scheinen mehr zur Konfabulation zu neigen als Männer.



Nadal's (86) Studie gehört in das Gebiet fast feuilletonistisch anmutender Literatur, die uns die wunderbaren Fahrten und Abenteuer mit Wandertrieb behafteter Periodiker vorführt. Es handelt sich in diesem Falle um einen manisch Depressiven, dessen erster Krankheitsausbruch im Anschluß an Pocken und Typhus auftrat. Nadal konnte bei diesem Individuum drei verschiedene Perioden unterscheiden mit jemalig manisch-depressivem Einschlag, deren jede einem sozial vollständig von den anderen abweichenden Dasein entspricht. Das Ganze stellt die reguläre und progressive Entwicklung eines manisch-depressiven Irreseins mit zunehmender Schwere und längerer Dauer der Anfälle dar. Nachdem sich die Krankheit 38 Jahre lang hingezogen hat, ist eine intellektuelle Schwächung nicht mehr zu übersehen, die aber ebensogut auf das Alter des Patienten gesetzt werden könnte. In einem auf einen manischen Anfall, welcher ihn anstaltsbedürftig machte, folgenden Zustand von Hypomanie macht Patient eine Weltreise und vollendet danach ein 500 Seiten zählendes Opus darüber, in dem eigentliche krankhafte Züge nicht nachzuweisen sind.

Dupré und **Tarrius** (50) beschreiben einen Fall von geistigem Puerilismus (Verjüngungswahn nach Ziehen), der im Verlauf der manischen Phase bei manisch-depressivem Irresein auftrat, während derartiges bisher nur bei Debilität, bei Verwirrtheitszuständen auf toxischer Grundlage, bei hysterischer Veranlagung und bei Demenz beobachtet wurde. Die Manie folgte von einem Tag zum anderen einem melancholischen Stadium, setzte sofort mit puerilen Zügen, die an ein 3- bis 4jähriges Kind erinnerten, ein und hielt mehr als drei Monate an, um langsam abnehmend zu verschwinden. Die Verfasser kommen zu den Schlüssen, daß der Puerilismus gern bei konstitutionellen Mythomanen einsetzt, sobald Störungen des psychischen Gleichgewichtes den Sinn für das Wirkliche verdunkeln, die Hemmungen der Einbildung herabmindern und die subjektive automatische Geistestätigkeit übertreiben. Es steht also auf der einen Seite die konstitutionelle Neigung zum Fabulieren, auf der anderen dauernde oder vorübergehende Schwäche oder Herabsetzung der kontrollierenden und korrigierenden Elemente des Einbildungsautomatismus. Störungen des Bewußtseins und tiefe Alterationen des Gedächtnisses begünstigen das Zustandekommen des Syndroms. Die im vorigen Jahr erschienene Arbeit über Verjüngungswahn von Kutzinski, welcher Verfasser eine Störung des Kerns des Ich-Komplexes annimmt, scheinen Dupré und Tarrius nicht zu kennen. Der Arbeit liegen zwei vorzüglich ausgeführte Tafeln bei, die eine stellt ein größeres Porträt der Patientin im manisch-puerilen Stadium, die andere kindliche Zeichnungen und Handarbeiten der Betreffenden dar.

Wörmann (140) schildert einen Fall von klimakterischer Melancholie, der in zwei kurz aufeinanderfolgenden Schüben mit je einem Con. suic. verläuft. Außer in der vom Verf. zusammengestellten Literatur hätte er noch manches Wissenswerte in Försters „Klinische Stellung der Angstpsychose“ gefunden.

Stransky (122) kündet die hier gemachten Bemerkungen als Vorläufer einer demnächst erscheinenden größeren Abhandlung über die pathogenetischen Grundlagen des manisch-depressiven Irreseins an. Aus diesem Grunde haftet der kleinen Arbeit etwas Extraktives an. Zunächst versucht er eine Art Verwandtschaftsskala zwischen dem manisch-depressiven Irresein und anderen Psychosen zu konstruieren, innerhalb derer die Distanz zwischen ihr und den verschiedenen anderen Formen verschieden weit gedacht werden könne. Innerhalb der degenerativen Psychosen nimmt Stransky zunächst die größte Distanz zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Paranoia an,



doch gelte das nur für die scharf charakterisierten Formen. Er sagt: „Es wird keine Schwierigkeiten haben, sich vorzustellen, daß zwischen den fester und schärfer charakterisierten Vertretern der einzelnen Stämme eben keine oder weitaus geringere Übergangsmöglichkeiten existieren als zwischen den gewissermaßen rudimentären und unschärfer charakterisierten Vertretern, welch letztere ja im allgemeinen dem gemeinsamen degenerativen Mutterboden bzw. den wirklichen oder virtuellen Zwischenformen näher stehen. Hält man sich dies vor Augen, so wird man vielleicht verstehen können, daß das, was wir als manisch-depressiv bezeichnen, nicht immer nur auf eine vollendete Psychose, sonderen auch in sehr vielen Fällen mehr auf einen Anlagetypus, eine Reaktionsweise hindeuten wird, eine Reaktionsweise, die eben als in der Anlage wurzelnd, nicht selten auch durch andersartige Störungen, falls ihr Träger an solchen erkrankt, hindurchschlagen wird." Stransky geht dann zu der schon von Bresler, von Wagner-Pilcz, Meynert, Hirschl, Hamilton, Peixoto, Parhon-Marbe, Tanzi, Mabille-Lallement u. a. angedeuteten Hypothese über, daß auch dem manisch-depressiven Irresein eine tiefere Reaktionsanomalie des Organismus zugrunde liegen könne. Er verweist auf die mehr oder minder nahe äußere Verwandtschaft manisch-depressiver Zustände mit klinischen Bildern bei Dysthyreoidisation, bei Basedow, vielmehr noch bei dem von Stern charakterisierten Basedowoid. In solchen leichtesten und dabei gewöhnlich mehr chronischen Fällen sei anzunehmen, daß die Chancen für eine Adaptation an die supponierten Schädlichkeiten wohl wegen des geringen Ausmaßes, sei es dieser, sei es des Anlagedefektes, am günstigsten sind, bzw. daß sehr bald eine Gewöhnung des Organismus eingetreten ist. In schwereren Fällen, so kann man sich vorstellen, ist eine Adaptation oder aber eine Bindung der supponierten Noxen bzw. eine kräftige Reparaturtendenz oder aber eine Anpassung überhaupt nur für eine mehr oder minder begrenzte Zeit hin möglich. Diese Zeitabschnitte erschienen dann als Pausen, Latenzzeiten, Remissionen, Intervalle im äußeren Krankheitsverlauf, doch gibt es auch Fälle mit sehr ausgesprochener und hochgradiger Störung, die dann zeitlebens ununterbrochen psychisch krank erscheinen. Gelegentliche atypische mehr oder weniger inkomplette Paranoiafälle mit manisch-depressivem Einschlag will Stransky auf Übergänge und Kompromisse der beiden Arten der Störungen, nämlich die der affektiven und jene der intellektuellen Sphäre beziehen. Ebenso gibt es auf der anderen Seite atypische, mehr oder weniger inkomplette manisch-depressive Fälle mit paranoidem Einschlag, ohne daß man von Kombination zweier Geistesstörungen sprechen müßte. Die ausgesprochenen Formen von Paranoia einerseits und manisch-depressivem Irresein andererseits pflegen dahingegen wenig oder keine Berührungspunkte zueinander zu haben, ebensowenig wie zwei von der gemeinsamen Urform der beiden sehr weit in verschiedener Richtung abdifferenzierte Spezies.

Bornstein (22) wirft zur Klärung des von ihm aufgeworfenen Themas folgende Fragen auf:

1. Gibt es klinische Merkmale und (wenn es welche gibt) solche, die in zweifelhaften Fällen die Diagnose der Zugehörigkeit des gegebenen Krankheitsbildes zur Dementia praecox oder zum manisch-depressiven Irresein ermöglichen würden?

2. Wenn solche Differentialdiagnose unmöglich ist, gibt vielleicht eine längere (viele Jahre dauernde) Beobachtung des Verlaufs und des Ausganges irgendwelche festen Anhaltspunkte, auf die man sich stützen könnte?

3. Wenn solche differentialdiagnostischen Merkmale weder in den Krankheitsbildern noch im Verlauf zweifelhafter Fälle zu finden sind, wo-



durch soll die Erscheinung erklärt werden, daß es zwischen so verschiedenen Psychosen soviel Berührungspunkte geben kann?

4. Ist es nicht eine Tendenz zur Schematisierung, wenn man alle Fälle, welche symptomatologisch oder ihrem Verlauf nach an die eine oder die andere Psychose erinnern, in das Gebiet der einen oder anderen zwängen will?

5. Sollte man im Gegenteil nicht schon jetzt zur Differenzierung zwischen klinischen Formen schreiten, welche neben einer klinischen Ähnlichkeit mit der einen oder anderen Psychose doch eine besondere Einheit bilden würden?

Verf. bespricht danach in einzelnen Abteilungen die Erregungszustände, die Depressionszustände, die Stuporzustände, dann einige Einzelsymptome, Störungen der Willenssphäre (Katalepsie, Echolalie, Echopraxie, Negativismus), Störungen der intellektuellen Sphäre, besonders der Assoziationen (Ideenflucht und Wortsalat), ferner die von ihm für unwichtig gehaltenen somatischen Symptome bei Dementia präcox und zuletzt Ätiologie und Ausgang sowohl in ihren besonderen Erscheinungsformen bei Dementia praecox als bei manisch-depressivem Irresein. Bornstein, der die gesamten bedeutenden Vertreter der modernen Literatur und ihrer Stellungnahme zu den beiden psychotischen Gruppen heranzieht, charakterisiert und seinen eigenen Standpunkt ihnen gegenüber kurz fixiert, findet schließlich als Antwort auf die von ihm aufgeworfenen Fragen folgendes:

1. Das manisch-depressive Irresein und die sogenannte Dementia praecox (oder vielmehr die Hebephrenie, die Katatonie oder Übergangsformen zwischen den beiden und die sogenannte paranoide Form der Frühdemenz) bilden zwei klinische Formen, welche ihrem Wesen nach verschieden sind. Das manisch-depressive Irresein ist eine auf dem Boden der Degeneration entstehende und zweifellos funktionelle Psychose, d. h. eine solche, in welcher bis jetzt keine anatomo-pathologischen Veränderungen entdeckt wurden und wahrscheinlich auch nicht entdeckt werden, und welche im allgemeinen einen günstigen, d. h. mit keiner sekundären Intelligenzstörung verbundenen Verlauf hat.

Die sogenannte Dementia praecox ist zweifellos eine organische Intoxikationspsychose, welcher gewisse, bis jetzt noch nicht feststehende, anatomisch-pathologische Veränderungen entsprechen, und welche am häufigsten zu den spezifischen Verblödungszuständen führt.

2. Trotz dieses prinzipiellen Unterschiedes ist oft und in vielen Fällen die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Psychosen sehr schwierig und sogar öfters unmöglich bei dem gegenwärtigen Stand unserer Wissenschaft.

3. Dies läßt sich unserer Meinung nach erstens durch die Tatsache erklären, daß die klinische Gruppe, welche die sogenannte Dementia praecox umfaßt, nicht einheitlich ist und in sich klinische Formen einschließt, welche bisher nicht abgesondert sind und der Hebephrenie, der Katatonie oder der paranoiden Form entweder symptomatologisch oder ihrem Ausgang nach verwandt sind. Zweitens besteht eine nach uns prinzipielle Erscheinung darin, daß die manisch-depressiven Faktoren als grundlegend für die menschliche Seele sich jeder Erregung oder Depression beimengen, ungeachtet dessen, zu welcher klinischen Gruppe diese gehören. In der Dementia praecox treten diese Faktoren am ausgeprägtesten und häufigsten hervor.

4. Klinische Untersuchungen, gestützt auf psychologische Analyse einzelner Symptome in Verbindung mit anatomo-pathologischen und chemischen Untersuchungen werden für die Zukunft immer festere Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose schaffen, indem sie einerseits die Untersuchung der für die Dementia praecox spezifischen Symptome von den manisch-depressiven Symptomen ermöglichen, andererseits aber von der uneinheitlichen Gruppe



der Frühdemenz einzelne klinische Formen, welche bis jetzt in ihr eingeschlossen sind, absondern werden.

Bornstein gibt damit eine Reihe wertvoller Hypothesen, Ausblicke und Forderungen, auf welchen er aufbaut, ohne daß das auf solchem Grund errichtete Gebäude nun als ein scharf umrissener Wall um die einzelnen angezogenen Krankheitsgruppen imponieren könnte. Dieser soll erst geschaffen werden, nachdem die Forderungen des Autors hinsichtlich weiterer Untersuchungen und neuer Untersuchungsmethoden erfüllt sind.

Rodiet und **Masselon** (106) nehmen zunächst einen Anlauf Kraepelins, manisch-depressives Irresein auf Magnans Theorie der geistigen Degeneration zurückzuführen, und nennen seinen Gedanken die französischste Idee des Münchener Professors. Sie haben sich die Aufgabe gesetzt, die Beziehungen zwischen Melancholie und manisch-depressivem Irresein zu untersuchen und nachzuforschen, ob auch die Fälle, welche die Autoren einfache oder essentielle Melancholie nennen, zu dieser Affektion gehören. Es sei gleich vorausgeschickt, daß Rodiet und Masselon durchaus die Tendenz haben, jede Form von Melancholie, natürlich abgesehen von melancholischen Zustandsbildern bei Dementia praecox, progressiver Paralyse, organischer und seniler Demenz, dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen. Den Unstimmigkeiten, die sowohl in der deutschen als auch in der französischen Schule darüber bestehen, glauben sie begegnen und die verschiedenen Meinungen einigen zu können. Sie bringen 23 Fälle, von denen 13 zweifellos rezidivierten und 10 nur einmal erkrankten, folgern aber daraus nicht, daß diese 10 nun einen anderen Typ darstellen müßten, sondern machen darauf aufmerksam, daß das melancholische Syndrom, ob einer Rezidivierung oder einmalig auftretenden Krankheit angehörend, stets das gleiche ist. Ein einziger Unterschied hat sich als wesentlich halten lassen: die Plötzlichkeit des jedes prodromalen Stadiums entbehrenden Auftretens der Melancholie bei den intermittierenden Formen. Die Autoren nehmen ferner an, daß jede Melancholie, welcher Art sie auch sei, nur auf prädisponiertem Boden, also bei konstitutionell deprimierten Individuen entstehen, und sie fassen die Kandidaten unter folgende drei Gruppen zusammen:

1. Solche, bei welchen der trübe Charakter, die Verstimmung, eine latente Prädisposition darstellt, die dem Unbefangenen kaum sichtbar wird.

2. Die zyklothymischen, bei welchen die Beweglichkeit der Stimmung, die brüsken Charaktersprünge ein im tiefsten Grunde ungünstig verändertes Wesen anzeigen.

3. Die echten Degenerierten mit sehr ausgesprochen obsessiven Ideen, mit periodisch auftretenden Krankheitsbildern, bei welchen das manisch-depressive Irresein ganz besonders unter der Form von Mischzuständen auftritt und von Delirien begleitet ist, die ungefähr denen Magnans gleichzustellen sind.

Indem die Verff. danach das manisch-depressive Irresein als eine konstitutionelle Psychose auffassen, konstruieren sie noch einen Zusammenhang mit der Pubertät und der Involution. Sie nehmen an, daß klimakterische Melancholien fast immer ein nur schwach gefärbtes Korrelat in der Pubertät hätten, das häufig nur andeutungsweise auftrat. „Die Involutionsmelancholie ist nur eine neue Phase des manisch-depressiven Irreseins, welche bei einigen Individuen die ganze Krankheit darstellt, während sie bei anderen nur als eine Etappe derselben aufzufassen ist.

Die Verff. schließen:

1. Die melancholischen Anfälle sind sehr selten einzeln, und selbst wenn man glaubt, im ganzen Leben eines Individuums nur einen aus-



gesprochenen Anfall von Melancholie beobachtet zu haben, so zeigt doch eine genauere Prüfung häufig kleine Anfälle von Depression oder häufige Störungen der Allgemeinstimmung.

2. Die melancholischen Anfälle haben die Tendenz, sich mit manischen zu mischen, entweder treten die manischen für sich auf, oder sie erscheinen nur als flüchtige Episoden im Verlauf eines dauernd depressiven Zustandes.

3. Die behaupteten Fälle von essentieller Melancholie, von intermittierender Melancholie, von Melancholie bei den Degenerierten zeigen alle Zwischenstadien, und es ist unmöglich eine scharfe Demarkationslinie zwischen diesen verschiedenen Formen zu ziehen.

4. Der Hauptfaktor, welcher einen oder mehrere Anfälle von Melancholie verursacht, ist ein konstitutionell prädisponiertes Gehirn.

Ob diese Schlüsse für alle überzeugend sind, ist trotz der großen Geschicklichkeit, mit der Verff. ihren Standpunkt vertreten, fraglich; denn in Erörterung von Zeit- und Streitfragen werden selten Ewigkeitswerte geprägt, und die Verff. bringen bei ihren Erörterungen zu wenig tatsächliche Beweise für das Gesagte.

Van der Scheer (114) empfiehlt bei Melancholie Laxiermittel und intestinale biologische Antisepsis mittels Yoghurt. (*Stärke.*)

Im Liquor eines wegen Verdacht auf meningitisch-typhöse Miliartuberkulose punktierten, seit 2 Jahren an Melancholie leidenden Kranken fand **Hartwich** (63) Bacterium coli in Reinkultur bei schwacher Leukozytose im sonst regelrechten Liquor.

Bei der Sektion ergab sich Miliartuberkulose, tuberkulöse Dünndarmgeschwüre, älterer haselnußgroßer Tumor im rechten Stirnhirn, der mit Bacterium coli in Reinkultur durchsetzt war.

Verf. ist der Ansicht, daß eine derartige Infektion ohne die ausgedehnte tuberkulöse Darmerkrankung wohl kaum zustande gekommen wäre.

(*Autoreferat.*)

In **Matsubara** aus Kanazawa (79) ist Kraepelin insofern ein Gegner entstanden, als er nachzuweisen sucht, daß die zwei Formen der Depressionszustände, diejenige des manisch-depressiven Irreseins und die Rückbildungsmelancholie noch viel mehr miteinander verwandt seien, als Kraepelin glaube. In dieser Arbeit, die lediglich das Programm der detaillierten Berichte gibt, die später erscheinen sollen, verweist Verf. mehrfach auf die Resultate der psychologischen Analyse, ohne leider Proben davon zu geben. Er stellt seine Ansichten in vier Thesen zusammen, deren drei erste nichts bringen, was nicht innerhalb und außerhalb der Gefolgschaft Kraepelins schon mehr oder weniger ausführlich diskutiert worden wäre. Da Absatz 4, um einem dringenden Bedürfnis abzuhelfen, eine Neueinteilung der Depressivzustände nach einer Idee des Verfassers bringt und der Kernpunkt seiner Arbeit darin gipfelt, so möge dieser unverkürzt hier stehen:

Außer der sogenannten Rückbildungsmelancholie, den Depressionszuständen und den Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins Kraepelins gibt es noch andere Formen der Depressionszustände, welche nach den psychologischen Analysen und dem klinischen Verlauf und Ausgang nicht zu den genannten Formen der Depressionszustände gehören, und welche von denselben differenziert werden können. Nach der Einteilung des Verfassers sind diese Depressionszustände folgende:

1. Depressionszustände ohne subjektive und objektive psychomotorische Hemmungen und Erregungen. Von diesen unterscheide ich drei Unterformen:

a) Einfache Depressionszustände ohne psychomotorische Störungen.

b) Paranoische Depressionszustände ohne psychomotorische Störungen.



c) Halluzinatorische Depressionszustände ohne psychomotorische Störungen.

2. Depressionszustände mit subjektiven psychomotorischen Hemmungen, aber ohne objektive psychomotorische Hemmungen und Erregungen.

In einem Absatz 5 bringt er noch viele Varietäten von Depressionszuständen, die nach seiner Ansicht bisher von den Psychiatern nicht berücksichtigt worden sind, womit er meines Erachtens sich nicht ganz im Recht befindet, indem z. B. Depressionszustände bei konstitutioneller Minderwertigkeit und Depressionszustände bei Kompensationsstörungen der Herzaffektion doch schon länger bekannt und besprochen worden sind.

Rémond und **Voivenel** (99) haben sich an die hervorragendsten Psychiater Frankreichs gewandt, wohl mit besonderer Berücksichtigung derjenigen, denen infolge ihrer Stellung als Anstaltsleiter ein großes Material zur Verfügung steht, um deren Urteil zu Kraepelins Theorien über das manisch-depressive Irresein zu hören. In 14 kürzeren oder längeren Briefen äußern sich zur Sache Dubois (Clermond-Ferrand), Jaquin (Barüg), Lagriffe (Quimper), Lépine (Lyon), Levassort (Caen), Mairet (Montpellier), Malfilatre (Saint Lizier), Marchand (Charenton), Maupaté (Bailleul), Monestier (Pau), Olivier (Lehon), Régis (Bordeaux), Ritti (Charenton) und Suttel (Puy). Da es unmöglich ist, in dem Rahmen eines Referates auch nur die hervorragendsten Bemerkungen jedes einzelnen zur Sache wiederzugeben, so kann vieles Bemerkenswerte nur gestreift werden. Lépine tut einige wenige, mehr produktive als aggressive Bemerkungen zur Angelegenheit. Levassort gibt zu, zunächst durch die scheinbare Einfachheit des Ausdruckes manisch-depressives Irresein verführt worden zu sein, doch stehe er gegenwärtig auf dem Standpunkt, daß er, da nur eine verschwindend kleine Gruppe Kranker darunter fällt, wieder davon abgekommen und zu den Bezeichnungen intermittierende und alternierende Formen zurückgekehrt sei. Mairet bedauert hauptsächlich die Unsicherheit, welche das Schülermaterial mit der neuen Lehre überkommen habe, und freut sich, daß durch das gegenwärtige Werk der Autoren die Stellung der reinen Manie und der reinen Melancholie wieder hergestellt werde. Maupaté gibt ein wissenschaftliches Exposé in sieben Abschnitten, deren letzter lautet: Was die Psychologie der Manischen und Melancholischen betrifft, so scheint es mir, daß die Kraepelinsche Schule exakte Dinge mitten unter paradoxen bringt. Es scheint mir, daß die Störungen der Assoziation bei der Melancholie und bei der Manie ganz verschiedene sind, und daß, wenn beide Krankheitsformen Störungen der Aktivität darstellen, auch diese nicht dieselben sind. Monestier faßt seine Ansicht dahin zusammen, daß das manisch-depressive Irresein wohl existiere, aber nur die alte folie à double forme darstelle. Olivier bestreitet, daß Melancholie und Manie Manifestationen derselben pathologischen Zustände seien. Am meisten mußte natürlich interessieren, was Régis sagt und immer betont hat, namentlich, da er dabei auch die Dementia praecox streift. Er prophezeit einen Tag der exzessiven Reaktion gegen die exzessive Aufnahme der Lehre vom manisch-depressiven Irresein in Frankreich. Er selbst habe gerettet, was von der Lehre der Dementia praecox zu retten war. Eines Tages würden er oder seine Schüler das retten, was vom manisch-depressiven Irresein behalten werden müsse. Ritti empfiehlt der so reichen französischen Psychiatrie, nicht mehr oder weniger verführerische Theorien anzunehmen, ehe sie nicht dem Prüfstein klinischer Beobachtung standgehalten haben. Nur zu häufig könne man sehen, daß sie übereilt und unfruchtbar seien. Suttel sagt: Ich glaube an die große Häufigkeit des manisch-depressiven



Irreseins, die aber reine Fälle von Manie und Melancholie nicht ausschließt. Meines Erachtens ist reine Manie seltener als reine Melancholie. Des weiteren führen die Autoren eine Reihe von Statistiken aus Anstalten auf, und zwar solche, deren Beobachtungen des einschlägigen Materials auf 30 Jahre (Chevalier-Lavaure), auch auf 20 Jahre (Arsimoles-Saint Verant), auf 13 Jahre (Malfilatre-Saint Lizier) zurückreichen. Chevalier-Lavaure hatte unter 265 Melancholischen 94, die einen einzigen Anfall der Krankheit hatten, unter 366 Manischen 106 ohne Rezidive. Arsimoles fand unter einer Gruppe von 208 Manischen und Melancholischen 47,8 % nur einmal Erkrankter. Es werden weitere bereits publizierte Statistiken angeführt, wie die von Parent père, von dessen 181 manischen Fällen 70 % unheilbar, 13 % periodisch und 17 % nicht rezidivierende waren usw. Selbstverständlich nehmen die Verff. an, daß es isolierte Fälle von Manie und Melancholie, ferner rezidivierende Formen reiner Manie und reiner Melancholie und zirkuläre Formen gibt. Ihre eigentliche Bekämpfung der Kraepelinschen Theorien kommt darin zum Ausdruck, daß sie behaupten, Kraepelin habe eine nosologische Einheit aus rein psychologischen Symptomen konstruieren wollen, was schon infolge der Unsicherheit der psychiatrischen Begriffe nicht angängig sei. Eine Erklärung der sich mehr und mehr verwirrenden Frage erwarten sie von der Anatomie, der Physiologie und der pathologischen Chemie. Aber bis die exakten Wissenschaften die letzten körperlichen Ursachen für seelische Verstimmungen gefunden haben, wird noch manche Lanze im Kampfe um die Wahrheit gebrochen werden. Die Arbeit gibt eine Fülle von Material und Anregung und gehört zu den Publikationen, die von den Interessenten an der Frage unbedingt gelesen werden müssen.

Dromard und **Senges** (40) beschreiben einen Fall exzessiver Magerkeit mit dem Hinweis, daß diese viel weniger studiert sei als die Obesitas. Nach den beigefügten Bildern will es scheinen, als ob jeder Arzt häufiger Gelegenheit hätte, Individuen mit so geringem Fett- und Muskelpolster wie der beschriebene Hypochonder zu sehen.

Benon (15) illustriert Tastevins Versuche, das manisch-depressive Irresein in eine asthenische (depressive) und eine hypersthenische (manische) Phase aufzulösen, durch drei Fälle, die er ganz in Tastevins Sinne ausdeutet. Die Depression des manisch-depressiven Irreseins habe stets als erstes und Anfangssymptom die Schwäche, und die Verstimmung werde mit dieser begründet. So taten wenigstens die von Benon beobachteten Patienten. Verf. gibt 5 Punkte an, in denen sich die periodischen Anfälle von Asthenie von wahrer Melancholie unterscheiden. Vier davon sind gute Bekannte, einer (Nr. 3) ist neu, und seine Formulierung läßt es begreiflich erscheinen, daß Verf. annimmt, in der praktischen Medizin würde die periodische Asthenie häufig mit Neurasthenie verwechselt. Dieser Punkt faßt folgende Symptome zusammen: Ausgesprochene Unruhe der Astheniker in Anbetracht der sozialen Konsequenzen aus den Manifestationen der Asthenie; manchmal delirante Elemente, die aus jenen Betrachtungen stammen. Es will uns scheinen, als ob das bei allen Formen von Melancholie beobachtete Insuffizienzgefühl den Entdeckungen Tastevins und Benons nahestünde, und als ob die Notwendigkeit, durch Hervorkehren eines Symptoms eine neue Gruppe zu bilden, keine zwingende gewesen wäre.

Tastevin (127) weist zunächst darauf hin, daß schmerzliche Nervenerregungen in den verschiedensten Teilen des Organismus Reaktionen verursachen, von denen eine bisher weniger beobachtete die Asthenie sei. Jede schmerzliche Erregung hinterläßt einen Zustand der Müdigkeit und des Ruhebedürfnisses. Tastevin unterscheidet nun eine normale, auf Schmerzen



folgende Asthenie und den krankhaften, spontan einsetzenden Asthenieanfall, der gelegentlich bei einer erneuten Erkrankung sich in einen hypersthenischen Anfall transformiert zeigen kann. Während bisher Anfälle von Asthenie mit Anfällen von Melancholie verwechselt wurden, will Verf. den tiefgehenden Unterschied zwischen beiden demonstrieren. Im ersten Teil der Arbeit bespricht er die auf Schmerzen folgende Asthenie (Asthénie post-douloureuse), nicht ohne die Ehre der Priorität des Gedankens und des Ausdrucks auf Brachet (1829) abzuleiten. Wie körperliche Schmerzen Schwäche hinterlassen, so tun dasselbe auch seelische, und zwar deren drei Fundamentalformen: Kummer, Angst, Sorge. Tastevin führt 2 Beispiele an, eines von periodischem Ärger und eines von periodischer Angst, bei denen Ärger und Angst jedesmal von exzessiver Müdigkeit gefolgt waren. Besonders bei der einen Patientin ließ sich eine Beziehung der Asthenie zu den Angstkrisen auch in bezug auf ihre Dauer erkennen, indem die zeitliche Länge der einen sich mit derjenigen der anderen deckte. Während nun in einer Anzahl von Fällen die Asthenie nur von kurzer Dauer sei und mit ihrem Verschwinden der Normalzustand eintrete, unterschied er andere, wo Dauer und Intensität des krankhaften Zustandes besonders weitgehend waren, wo dieser auch nicht sofort zur Norm zurückkehre, sondern einen Ausschlag nach oben mache, sich zur Manie oder vielmehr zur asthéno-manie sécondaire verändere. Es sei aber wohl zu bemerken, daß beide Zustände nicht als Gegensätze zu betrachten seien, sondern nur als graduelle Verschiedenheiten desselben Zustandes, wie Kalt und Warm nur verschiedene Grade desselben Komplexes bedeuten. Damit ist Tastevin ja im Grunde bei Kraepelins Ideen angelangt. Er führt das noch weiter aus, indem er sagt: Die Anfälle von Asthenie und von Hypersthenie sind im Grunde nichts anderes als Anfälle nervöser Aktivität, und wie der Normalzustand haben sie ein jeder ihre Erregungspsychologie. Die Disposition zu schmerzlichen Gefühlen ist bei dem Asthenischen vergrößert und vermindert bei den Hypersthenischen.

Der zweite Teil bespricht die periodischen Dysthenien. Indem Verf. Falrets, Baillargers, Magnans, Billods, Esquirols und Kraepelins Standpunkt in der Frage diskutiert, betont er zunächst, daß reine Melancholie und Dysthenie im manisch-depressiven Zustand absolut nicht dasselbe sind. Er behauptet, daß die Verstimmung der Manisch-Depressiven gewissermaßen sekundär entstehe, weil der Betroffene unglücklich über seine Leistungsunfähigkeit und über sein Schwächegefühl sei, welches den primären Punkt darstelle, während bei der reinen Melancholie die traurige Verstimmung das Primäre sei und das Schwäche- und Insuffizienzgefühl erst daraus resultiere. Für die Manie des manisch-depressiven Irreseins nimmt er dieselbe Erklärung an, wie für die im ersten Teil besprochene asthénomanie sécondaire. An 11 Kranken demonstriert er seine Behauptungen. Es findet sich darunter auch ein Fall von Stupor, den er als einen so hohen Grad von Asthenie hinstellt, daß schließlich die Unmöglichkeit, eine Bewegung auszuführen, besteht, wobei die Verlangsamung des Denkens bis zur absoluten Sperrung aller Begriffsbildung gehe. Ferner schildert Verf. einen Fall chronischer Asthenie, der seit 15 Jahren dauerte, neben einem solchen, der nur wenige Stunden währte. Dann natürlich Fälle periodischer Asthenie und solche, wo manische und asthenische Anfälle abwechselten. Als Hauptsymptom der Asthenie stellt er auf: Muskelschwäche, Denkhemmung, Verdauungsschwäche, Herzschwäche. Daneben trete eine Herabminderung der affektiven Fähigkeiten, bei manchen Patienten gleichzeitig eine Disposition zu Sorge und Angst auf. Die Sorge um ihren Zustand könne sie sogar zum Selbstmord treiben. In der manischen Phase herrschen naturgemäß die hypersthenischen



Symptome vor, dabei zornige Affekte und eine Neigung, sich rühren zu lassen, ohne schmerzliche Empfindungen dabei zu haben. Er grenzt die Asthenie gegen die Neurasthenie und Hypochondrie ab, und schließlich müßte er kein moderner französischer Psychiater sein, wenn er nicht endlich die Beschwörungsformel „la conception du professeur Kraepelin“ hervorholte, wobei er betont, daß er sich dieser natürlich ohne weiteres entgegenstelle, da für sie erst bewiesen werden müßte, daß periodisch auftretende Depressionen eine gemütliche Basis haben.

Damaye und **Laydeker** (37) haben besonderen Nachdruck auf die Blutuntersuchung ihrer Patientin während der Krankheit (Manie bei Zervikalkatarrh) gelegt und darüber eine Reihe von Tafeln veröffentlicht, nicht ohne dazwischen immer die psychischen Zustände einzutragen. Die geschilderte Psychose wird in der folgenden Arbeit Damayes genauer diskutiert.

Damaye (35) macht den Versuch, die reine Manie und die manischen Verwirrtheitszustände genau gegeneinander abzugrenzen, einmal durch das Bestreben, seine Behauptung ätiologisch zu begründen, da manische Verwirrtheitszustände häufig im Anschluß an Infektionen, ganz besonders der weiblichen Genitalsphäre, vorkämen, was die Therapie zu berücksichtigen habe, ferner in bezug auf die Prognose, da bei der reinen Manie immer auf Rezidive zu rechnen sei.

Damaye (36) beschreibt hier zwei Fälle, bei denen die eine Patientin im Verlauf einer Lungentuberkulose und die andere im Anschluß an Schwangerschaft und Fehlgeburten melancholische Zustandsbilder darboten. Beide kamen bald danach ad exitum. Die Autopsien sind sehr exakt vorgenommen, bieten aber außer dem auf die vorerwähnten körperlichen Zustände zu beziehenden Befund nichts Besonderes. Die therapeutischen Maßnahmen — Kollargol und Milztherapie — sind genau beschrieben.

Der Inhalt von **Damaye**'s (34) nur 4 Seiten langer Arbeit ist eindeutig im Titel angegeben, welcher lautet: Melancholie mit Verwirrtheitszuständen auf toxisch-tuberkulöser Grundlage, verknüpft mit Angstzuständen und negativistischen Ideen. Verschwinden der deliranten Idee parallel der Heilung der Tuberkulose.

Winter (139) bemüht sich, zur weiteren Ausgestaltung des somatischen Symptomenbildes der Dem. praecox die von Westphal gefundenen Pupillenstörungen bei Katatonie näher zu beleuchten. Zu diesem Zweck stellt er 40 von Westphal beobachtete Fälle zusammen. Dieser nimmt bekanntlich an, daß bei den in Frage kommenden krankhaften Zuständen ein abnormer Tonus der Irismuskulatur vorhanden ist, der in engem, wenn auch nicht in allen Fällen nachweisbarem Zusammenhang mit Veränderungen des Tonus der Körpermuskulatur steht und durch denselben in mannigfaltiger Weise beeinflußt wird. Winters Material stellt sich dar als 38 typische Fälle von Katatonie, in einem Fall kommt Amentia, in einem zweiten manisch-depressives Irresein differentialdiagnostisch in Betracht. Jedenfalls dient die sorgfältige Arbeit wie alle in dieser Richtung gehenden Forschungen zur Sicherung der Diagnosenstellungen.

Rittershaus (102) bringt in einer Reihe sehr interessanter Krankengeschichten unklare Fälle zur Beurteilung, die nur schwer mit Sicherheit auf eine der beiden Diagnosen Dementia praecox oder manisch-melancholisches Irresein festzulegen waren. Die meisten der von ihm angeführten Kranken, die alle auf einen längeren Anstaltsaufenthalt zurückblicken, sind sicher mehrfach bald mit der einen, bald mit der anderen Diagnose versehen worden, je nachdem der behandelnde Psychiater mehr in Wilmans oder mehr in Ursteins Bahnen ging, von denen der erste bekanntlich selbst bei typisch



katatonischen Symptomen einen atypisch verlaufenden Fall des manisch-melancholischen Irreseins annimmt, sobald sich sicher einzelne manisch-depressive Züge im Krankheitsbild nachweisen lassen, während Urstein an der Existenz eines manisch-depressiven Irreseins als Krankheit sui generis zweifelt und bei den geringsten katatonen Symptomen die Diagnose Dementia praecox für gesichert hält. Rittershaus nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Mit Ziehen, Wernicke, Pilcz, Nitsche, Speck nimmt er eine Form chronischer Manie bei manisch-melancholischem Irresein an, die nicht in Heilung überzugehen brauche. Bei derartigen Erkrankungen kann auch eine Komplikation mit chronischem Alkoholismus zutreten, wie der sehr instruktive Fall 7 zeigt, und zwar ein Alkoholismus, der nicht die Ursache, sondern die Folge der Manie ist. Als perniziöse Formen des manisch-melancholischen Irreseins bezeichnet Rittershaus diejenigen Fälle, die Schott unter den chronischen zusammenfaßt, die dauernd anstaltsbedürftig sind, und für die er eine Reihe positiver und negativer Symptome zusammengestellt hat, mit Hilfe derer er sie von der Dementia praecox abzugrenzen beabsichtigt. Zu den ersteren zählt er: 1. Gutes Auffassungs- und Beobachtungsvermögen. 2. Geistige Produktivität. 3. Dauernd gehobene Stimmung. 4. Motorischen Drang. 5. Gutes Gedächtnis und Merkfähigkeit. 6. Eigene Initiative. 7. Interesse für die Vorgänge in der Umgebung. 8. Abstumpfung im Gefühls- und Schwächung im Willensleben. 9. Selbstüberschätzung. 10. Geistige Schwäche, hauptsächlich Urteilsschwäche und Kritiklosigkeit in bezug auf die eigene Person. 11. Lebhafte Affekte.

Dagegen müssen fehlen: 1. Depressive oder Hemmungszustände. 2. Stereotypien in Haltung und Bewegung. 3. Unreinlichkeit und Zerstörungssucht. 4. Ausgesprochene Verworrenheit. 5. Krankheitseinsicht. 6. Ausgesprochenes oder anhaltendes Krankheitsgefühl. 7. Fixierte oder systematisierte Wahnideen. 8. Energischer Entlassungsdrang. 9. Läppische Heiterkeit. 10. Tiefergehende Beeinflussung durch vereinzelte Sinnestäuschungen und Wahnideen. Verf. allerdings ist geneigt, bei manisch-depressivem Irresein terminale Bilder anzunehmen, bei denen nicht vorübergehende Ausfallserscheinungen zweifellos sind. Er bringt ferner einige Beispiele, wo im höheren Alter bei früher ganz gesunden Personen chronische Krankheiten mit manisch-depressivem Verlauf auftreten, die man wegen der zunächst keineswegs deutlichen senilen Symptome auch als Spätkatatonie auffassen könnte, bei denen sich aber auch ebensogut darüber streiten läßt, ob es sich um ein manisch-melancholisches Irresein handelt, das erst durch das Senium ausgelöst wurde, oder um eine senile Demenz, die unter der Form des manisch-melancholischen Irreseins verläuft. Damit ist die Frage der Spätkatatonie in die Diskussion geworfen, zu der Verf. Sommer, Bendorf und Nitsche heranzieht, um die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen leicht dement gewordenen chronisch-manischen Kranken und Spätkatatonie zu demonstrieren. Er bringt ferner einen Fall, wo sich nach rein manisch-melancholischen Phasen eine zweifellose Dementia praecox herausarbeitete und umgekehrt einen anderen, wo eine Dementia praecox ziemlich einwandfrei als solche einsetzte, dann eine Zeitlang manisch-depressive Züge trug, um schließlich doch mit der Diagnose Dementia praecox endgültig versehen zu werden, allerdings als eine atypisch verlaufende. Auch auf die manchmal schwierige Differentialdiagnose zwischen Querulanten-Manie und Dementia paranoides macht Rittershaus aufmerksam. Die Arbeit mit ihren 18 mehr oder weniger zweifelhaften Fällen ist für den psychiatrischen Diagnostiker außerordentlich lehrreich, indem sie zeigt, daß gerade die Umordnung des Diagnosenschemas keine straffere Zügelung gebracht hat und Verf. selbst sich am Ende mit den Worten resigniert: „Es



gibt eben viele unklare Fälle, die man am besten nicht in unser Diagnosenschema hineinpreßt, sondern bei denen man besser gesteht: Ignoramus, abwarten." Doch fügt er tröstlich bei: „Aber wir haben im Laufe der letzten Jahre schon manches erreicht. Wir kennen einmal diese Schwierigkeiten, die uns bedrohen, und haben andererseits gelernt, vorsichtiger zu sein, mißtrauisch gegen einzelne allzu bequeme Pfade unserer Diagnostik und zurückhaltend mit der definitiven Diagnose."

Pförringer (92) betrachtet den katatonischen Symptomenkomplex vom Standpunkt der physiologischen Psychologie im Sinne Wundts. Wie die Automatismen und Triebbewegungen der Kranken ihre Grundlage in den physiologischen Rhythmen der Innervationsprozesse haben, so läßt sich auch der Negativismus auf physiologische Vorgänge aufbauen, was Verf. dahin auslegt, daß bei der eigenen Vorstellungsleere des Kranken bei dem Versuch, sich nach einer ihm aufgezwungenen Richtung einzustellen, unüberwindliche Hindernisse auftreten und er sich instinktiv einem Willensimpuls widersetzt, der nicht einem in ihm selbst entstandenen Widerstreit der Motive entsprungen ist. Verf. geht dann auf die Ansichten der verschiedenen Forscher — Cramer, Pfister, Schüle, Urstein, Wernicke, Kleist u. a. — ein, welche Versuche darstellen, die Brücke zu finden zwischen unseren Vorstellungen von organischen im weitesten Sinne und den somatischen Äußerungen, und er betont, daß das Wesentliche, was jenen Bewegungsstörungen zugrunde liege, ein endogenes Moment, eine individuelle Anlage zur Entladungsbereitschaft des betreffenden Individuums auf motorischem Gebiet, eine Prädisposition zur Produktion motorischer Entladungen sei.

Klehmet (73) gibt die Krankheitsgeschichte eines Rekruten, der in der Schule und zu Hause schon deutliche Zeichen eines angeborenen Schwachsinns bot. Mit Eintritt in das Kasernenleben bildete sich ein katatonischer Zustand, eine Pfropfhebephrenie im Sinne Ziehens aus, die in diesem Falle eine ganz besondere Note zeigt, nämlich eine akut einsetzende totale Linkshändigkeit — Linksschreiben usw. — und gleichzeitig dauernde Verwechslung der Begriffe rechts und links. Verf. nimmt eine die gesamte motorische Region des linken Hirns betreffende funktionelle Hemmungsstörung an. Daß das Linksschreiben und alle anderen zuvor rechts geübten Verrichtungen jetzt links verhältnismäßig gelingen, verführt Klehmet zu der Hypothese, daß bei dem Patienten vor Eintritt des jetzigen Zustandes eine Gleichwertigkeit, eine gewisse Ambidexterität beider Gehirnhälften vorgelegen habe. Die Verblödung des Patienten macht unaufhaltsame Fortschritte.

Rougé (110) gehört zur Gruppe derjenigen französischen Psychiater, welche Kraepelins und seiner Anhänger Behauptung, daß es eine einfache, nicht rezidivierende Manie nicht gäbe, bekämpft. Er kritisiert die Statistiken Ballets, besonders aber die von Lallemant und Dupouy, welche zwar die Existenz einer einfachen Manie nicht leugnen, aber außerordentlich niedrige Prozentzahlen für dieselbe herausrechnen. Er erinnert an die bekannte Statistik Régis von 1907, die unter 181 Fällen von Manie, Melancholie und folie à double forme 48 Fälle einfacher Manie und 86 Fälle von Melancholie fand, die nicht rezidivierten. Allerdings wirft er Régis eine zu kurze Zeitdauer der Beobachtung vor, ein Vorwurf, der Parents Beobachtungen von 1875 bis 1900 nicht treffe. Chevalier und Lavaure finden unter 838 beobachteten Fällen aus der Zeit von 1879 bis 1907 106 einfache und 109 rezidivierende Manien. Außer der kurzen Beobachtungsdauer einiger Statistiken bemängelt Verf. weiter, daß nur Anstaltsmaterial in dieselben aufgenommen sei und leichtere Fälle, die draußen ein- oder mehrmals zur Behandlung kamen, keine Rolle spielen. Rougé nimmt



Parents Vorschlag, als mindeste Zeitdauer des Geheiltbleibens nach dem ersten Anfall zehn Jahre festzusetzen, als praktisch an, betont aber, daß er für seine 27 Fälle von periodischer Manie als Intervall zwischen erstem und zweitem Anfall folgende Zahlen fand: Es rezidivierten nach weniger als 1 Jahr 7, nach 1—2 Jahren 6, nach 4 Jahren 4, nach 5 Jahren 1, nach 7 Jahren 1, nach 8 Jahren 4, nach 11 Jahren 1, nach 15 Jahren 1 und nach 17 Jahren 1. Wenn damit nur 26 zusammenkommen, so ist es wohl auf einen Druckfehler im Original zurückzuführen. Mit Lallemants, Dupouys und seinen eigenen Zahlen glaubt er, nicht mehr als $^1/_{10}$ Rezidivierende nach Verlauf von zehn Jahren herausrechnen zu dürfen. Rougés Statistik erstreckt sich auf die Zeit von 1880 bis 1899. Unter 956 in dieser Zeit zum erstenmal Aufgenommenen des Departements Auch fanden sich 137, das sind 14% Manien, 48 Männer und 89 Frauen. Nach Parents Beispiel teilt er die Gesamtheit in drei Gruppen ein. Bei 45 Individuen ging die Krankheit in chronische Manie oder Demenz über, 29 starben in der Anstalt, 14 sind noch darin, 37 wurden geheilt entlassen, gehören aber, da nichts mehr über sie zu erfahren war, zu den unverwertbaren Fällen, 27 sind Periodiker, 29 geheilte und nicht rezidivierende Manien, die selbstverständlich ausführlicher behandelt und mit einem Auszug aus der Krankengeschichte versehen sind. Die Frage nach der Differenz zwischen deutschen und französischen, zwischen süd- und nordfranzösischen, zwischen aus verschiedenen Milieus schöpfenden Statistiken beantwortet er dahin, daß diese Einflüsse ziemlich belanglos seien. Seine Ansicht über die Kraepelinschen Lehren faßt er dahin zusammen: „Ich bin vielleicht nicht qualifiziert, ein Urteil über das Werk des berühmten deutschen Psychiaters abzugeben. Was aber das manisch-depressive Irresein anbetrifft, so glaube ich nach meinen eigenen Arbeiten über diese Frage sagen zu können, daß sich Kraepelin nicht immer an die Beobachtung des Tatsächlichen gehalten hat, daß er sich mit einfachen Bestätigungen begnügt, wo Beweise am Platze gewesen wären, und daß er zu einer übereilten Verallgemeinerung übergegangen ist, indem er eine Einheit, aus künstlich gruppierten Elementen zusammengetragen, schuf.

Der erste Teil von **Robertson**'s (105) Arbeit behandelt die Differentialdiagnose der Melancholie, die er folgendermaßen festlegt: Die Melancholie ist eine Form von Geisteskrankheit, deren erste und Hauptsymptome schmerzliche Gefühle und Hemmungszustände sind. Die Dauer der Krankheit ist verschieden. Heilung tritt in der Hauptanzahl der Fälle ein. Sie endet weder in Demenz, noch in dauernden geistigen Schwächezuständen, hat aber eine ausgesprochene Neigung zu Rezidiven und Periodizität. Sie steht der Manie sehr nahe, mit welcher sie häufig vergesellschaftet ist, oder mit welcher sie alterniert. Melancholie und Manie zusammen führten zur Theorie vom manisch-depressiven Irresein, die sie als verschiedene Phasen, aber gleichwertige Manifestationen desselben Krankheitsprozesses betrachtet. In einem geringen Prozentsatz ist dieser periodische Phasenwechsel sehr ausgesprochen. Wir nennen dies folie circulaire. Hereditäre Belastung ist der wichtigste Faktor in der Anamnese der Melancholie, aber Unglück, Sorgen, erschöpfende Krankheiten können zum Ausbruch des Leidens beitragen. Es ist nicht durch ausgesprochene anatomisch-pathologische Veränderungen gekennzeichnet, sondern offenbar das Resultat einer funktionellen Störung derjenigen Zellkomplexe, welche der Erzeugung schmerzlicher Empfindungen bei Gesunden dient. Ihre spezielle Ursache ist noch in Dunkel gehüllt. Während der Krankheit tritt häufig Unterernährung und Gewichtsverlust ein, was sich in der Rekonvaleszenz wieder ausgleicht. — Wenn wir damit nur eine Fest-



legung längst bekannter Symptome und Ansichten haben, so war es interessanter zu hören, was Verf. weiter sagt, indem er sich, wie zu erwarten, mit Kraepelin auseinandersetzt. Robertson schreibt, daß, wenn Kraepelin früher die präsenile und Involutionsmelancholie neben dem manisch-depressiven Irresein als besondere nosologische Einheit habe gelten lassen, so sei das nur daraufhin geschehen, weil sie gewöhnlich nicht mit Manie alterniere, nicht rezidiviere und ihre Prognose weniger günstig wäre, als die des manisch-depressiven Irreseins. Diese Unterschiede aber führt Verf. nur darauf zurück, daß die befallenen Personen ein widerstandsfähigeres Nervensystem hatten, infolgedessen erst spät erkrankten, daß die kürzere Spanne Zeit, welche ihnen verblieb, nicht genügte, um ein Rezidiv eintreten zu lassen, und daß andererseits der Ausgang in Unheilbarkeit durch Arteriosklerose und andere hinter dem Klimakterium liegende Leiden begünstigt werde. Kraepelin habe weiter Wert auf Verzögerung oder Aufgehobensein der intellektuellen Prozesse als konstantes Symptom bei der Melancholie des manisch-depressiven Irreseins gelegt, das bei Involutionsmelancholien nicht vorkäme. Robertson betrachtet dies seinerseits als ein sekundäres Symptom, das nach von ihm beobachteten Fällen je nachdem fehlen oder vorhanden sein kann bei den Patienten der einen und der anderen Form. In einem folgenden Teil geht er zur eingehenden Schilderung der Hauptsymptome der Melancholie über, die er unter folgenden Titeln bespricht: Gemütszustand — positive Symptome; Gemütszustand — negative Symptome; Intellekt; Illusionen; Halluzinationen; psychomotorische Symptome — Ausdrücke, Gesten; Wille und Betragen; physikalische Symptome. Die hier angeführten Krankheitsbilder sind zu gut bekannt, als daß etwas anderes als die Theorien des Verf. darüber interessieren könnten, die er in einer Zusammenfassung folgendermaßen gibt: Das Hauptsymptom der Melancholie ist ein Gefühl von Depression und seelischer Qual. Alle anderen geistigen und wahrscheinlich auch die körperlichen Krankheitszeichen sind sekundär. Es wird angenommen, daß nervöse Eindrücke von allen Organen und Geweben unseres Körpers zentripetal laufen, nachdem sie aus den metabolischen Prozessen hervorgegangen sind, welche in ihnen während ihrer funktionellen und trophischen Tätigkeit statthaben. Nun kommen diese uns zwar einzeln nicht zum Bewußtsein, doch ist die Masse dieser Eindrücke die Basis je nachdem unseres Wohl- oder Übelbefindens, und sie bilden den Hintergrund unseres Bewußtseins. Es scheint, als ob in der Melancholie als Begleiterscheinung träger und fehlerhafter Stoffwechselvorgänge unter Herabsetzung der Produktion von nervöser Energie ein organisch bedingtes Gefühl von Übelbefinden aufträte, das ins Bewußtsein als ein subjektives Empfinden von Kummer oder Seelenschmerz reflektiert wird und zwar ohne jeden wirklichen Grund psychischer Natur. Im dritten Teil wird der Unterschied zwischen einer physiologischen und pathologischen Verstimmung, nach englischem Sprachgebrauch Melancholy und Melancholia definiert. Dieser Teil beleuchtet hauptsächlich die gesetzliche Seite der Irrenpflege in England, die Frage, wann ist eine einfache Melancholie als unbedingt anstaltsbedürftig anzusehen, natürlich hauptsächlich in Rücksicht auf etwaige Suizidalabsichten. Aus diesem Grunde legt Verf. großen Nachdruck auf die Differentialdiagnose zwischen Neurasthenie und Melancholie mit neurasthenischen Symptomen, da erstere nur eine ganz geringe Selbstmordgefahr biete. Ein breiterer Raum ist der Therapie der Melancholie gewidmet, die zunächst darauf gerichtet sein soll, die körperlichen Begleitsymptome ins Auge zu fassen und die Kranken genügend vor etwaigen Selbstmordversuchen zu schützen. Als drei Spezialmethoden in der Behandlung der Melancholie werden angeführt: Warme Bäder, um den

Blutdruck herabzusetzen, Opium und Thyreoidinmedikation. Prophylaktisch meint Verf., könne der Hausarzt manches tun, indem er belastete Individuen ganz besonders vor Überanstrengungen bewahre. Es wird weiter die Frage aufgeworfen, wann Melancholie aus einer persönlichen und ärztlichen Frage zu einer sozialen werde, wenn nämlich der Kranke anstaltsbedürftig würde, was Verf. in dem Moment annimmt, wenn er zwar ohne Intelligenzdefekte doch seine sozialen Pflichten vernachlässigt, zu sprechen und zu essen aufhört und eventuell verhungern würde, wenn man sich nicht entsprechend um ihn kümmerte. In einer, hauptsächlich für englische Verhältnisse zusammengestellten Tabelle erfolgt eine Belehrung über Ausstellung von Attesten für Anstaltsbehandlung.

Smith Ely Jelliffe (67) bespricht als genauer Literaturkenner die Entwicklung der Lehre von den Zyklothymien und beschäftigt sich ganz besonders mit den leichten Formen, wie sie im Anstaltsleben seltener zur Beobachtung kommen, wobei er Heckers Ausführungen zugrunde legt. Bei Aufzählung einzelner Symptome erwähnt er, daß der depressive Zyklothymiker selten von seinen seelischen Verstimmungen, viel häufiger von körperlichen spricht und den Gynäkologen, den Laryngologen, den Ophthalmologen, den inneren Mediziner und vor allem den Magen-Darmspezialisten aufsucht, was Flemming, Schroeder, van der Kolk, Griesinger, Krafft-Ebing, Schüle, Alt und die meisten der älteren Psychiater dazu verführt habe, die Magen-Darmbeschwerden als das Primäre im Krankheitsbild anzusehen. Er führt des weiteren unter Exemplifizierung von Alfred de Musset dipsomanische, der Zyklothymie zugehörige Typen an und betont, daß Dipsomanie durchaus nicht immer als epileptisches Äquivalent, sondern sehr häufig als zyklothymisches Symptom aufzufassen sei. Auch sexuelle Inkonvenienzen, besonders von weiblicher Seite, seien vielfach nur Ausflüsse des erregten Stadiums einer Zyklothymie.

Psychosen und Neurosen.

Ref.: Dr. W. Sterling-Warschau.

1. Barcia Caballero, J., Los delirios histéricos. Rev. espec. med. XIV. 65—69.
2. Benon, R., L'asthéno-manie post-apoplectique. Revue de Médecine. No. 7.
3. Derselbe, L'asthéno-manie post-épileptique. Gazette des hôpitaux. No. 45. p. 683.
4. Brady, E. F., Epileptic Insanity. Clin. Reporter. 1910. XXIII. 309—317.
5. Burzio, F., Sindromi coreiche e psicopatie acute. Annali di Freniatria. 21. 129.
6. Diller, Theodore, Wright, G. J., and Lay, S. Mc., Hysteria. A Remarkable Case. Characterized by Insane Conduct, Somnambulism, Disordered Personality, Dream-like States, and Amnesia. The West Virginia Med. Journal. Vol. V. No. 9. p. 293.
7. Edson, B., A Case of Hysterical Mania. Med. Council. XVI. 106.
8. Fries, Egon, Fall von postepileptischem Dämmerzustand. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. p. 414. **(Sitzungsbericht.)**
9. Hinrichsen, Otto, Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 1. p. 22.
10. Jolly, Ph., Zur Lehre von der Chorea minor und Choreapsychosen. Wiener klin. Wochenschr. No. 29. p. 1046.
11. Kopystinsky, E., Forensischer Fall von epileptischer Dipsomanie. Revue f. Psych. (russ.) 16. 87.
12. Derselbe, Psychose bei Basedowscher Krankheit mit Antithyreoidinbehandlung. ibidem. (russ.) 16. 33.
13. Kraepelin, Verblödeter Epileptiker mit Sprachstörung, Paragraphie und Parapraxie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 114. **(Sitzungsbericht.)**
14. Kure, S., Epileptisches Irresein mit Dämmerzustand. Neurologia. Bd. X. H. 8—10. (japanisch.)



15. Leroy, Accès intéressant de délire onirique chez une grande déséquilibrée hystérique, après ablation des ovaires. Arch. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. I. p. 106. **(Sitzungsbericht.)**
16. Lüders, Ferdinand, Zur Lehre von den epileptischen Verwirrungszuständen. Inaug.-Dissert. Kiel.
17. Mapother, Edward, Mental Symptoms in Association with Choreiform Disorders. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 646 u. Med. Press and Circular. Aug. 16.
18. Pappenheim, Über Dipsomanie. Neurol. Centralbl. p. 695. **(Sitzungsbericht.)**
18a. Paravicini, G., Contributo allo studio etiologico e clinico della pricosi epilettica. Giornale di psichiatria clinicia e tecnica manicomiale. Band 28. Hefte I—IV. Ferrara.
19. Polet, Ph. W., Bydrage tot de symptomatologie der epileptische bewustzynsstoornissen. Diss. Utrecht.
20. Poulalion, Psycho-névrose convulsive de nature hystérique. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 251. **(Sitzungsbericht.)**
21. Saiz, G., Tetanie mit epileptiformen Anfällen und Psychose. Berliner klin. Wochenschr. No. 6. p. 245.
22. Salas y Vaca, José de, Psicosis epilépticas. Revista de Med. y Cirurg. pract. Nov. p. 289.
23. Selig, A., Kombination von Epilepsie und Paranoia. **Sitzungsbericht** d. neurol. Sekt. d. kgl. ungar. Aerztever. 19. Juni.
24. Strassmann, F., Neurasthenischer Dämmerzustand. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 24. p. 493.
25. Sträussler, Ernst, Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. — Ueber eine eigenartige, unter dem Bilde eines psychischen „Puerilismus" verlaufende Form. Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 1—2. p. 1.
26. Tastevin, L'asthénomanie post-épileptique. Thèse de Paris.
27. Vurpas, C., et Porak, R., Succession d'accès d'agitation et d'états soporeux dans un cas de démence épileptique. Revue neurol. 2. S. No. 22. p. 589.

Sträußler (25) beschreibt 7 Fälle von Haftpsychosen, in welchen es sich um eine eigenartige Form des hysterischen Dämmerzustandes handelte, und welche er mit dem Namen „Puerilismus" belegt: die Kranken erscheinen ihrem ganzen Verhalten nach in die früheste Kindheit zurückversetzt. Wie Kinder stehen sie ihrer Umgebung gegenüber, alle Personen sprechen mit „Du", alle Dinge haben für sie etwas Neues, Wunderbares, und in kindlichen Gesten und Ausrufen geben sie ihrem Staunen Ausdruck; der Wortschatz entspricht anfangs dem eines Kindes, welches eben zu sprechen beginnt, und beschränkt sich fast ausschließlich auf Interjektionen; auch im weiteren Verlauf beherrscht die sprachlichen Äußerungen ein ausgesprochen kindlicher Aggramatismus, sogar die Haltung der Kranken und insbesondere der Gang sind dem kindlichen Wesen angepaßt, sie hüpfen in kindlicher Weise umher; eine vorurteilslose, naive Heiterkeit, welche durch kleinliches Mißgeschick in hellen Zorn umschlägt, ebenso rasch aber wiederkehrt, vervollständigt das Bild der Kindlichkeit. Verf. betrachtet diese Zustände als hysterische Bewußtseinstörungen, welche den Ganserschen Dämmerzuständen nahestehen: ähnlich dem Ganserschen Symptomenkomplexe sollten diese Zustände dadurch entstehen, daß der mehr oder weniger bewußte Krankheitswille auf autosuggestivem Wege die Krankheit erzeugt und die Vorstellung des Nichtwissenwollens autosuggestiv ein Nichtwissen bedingt. Das Nichtwissenwollen beschränkt sich hier nicht auf die strafbare Handlung und das Nächstliegende, sondern zieht weitere Kreise: der Kranke will von der ganzen Gegenwart mit all dem Ungemach, welches sie birgt, nichts wissen; er flüchtet sich seinem gegenwärtigen Bewußtsein gegenüber in die Kindheit. Die Flucht aus der peinlichen Gegenwart und dem gegenwärtigen Bewußtsein kommt aber nicht einer wirklichen, in allen Einzelnheiten durchgeführten Rückversetzung in die Kindheitsjahre gleich, es bleibt dabei eine Anzahl von angenehmen, die Persönlichkeit fördernden Vorstellungskomplexen aus späterer Zeit meist erhalten. Es ist also weder eine vollständige retrograde



Amnesie noch eine vollständige Wiederherstellung des kindlichen Zustandes, eine Regression der Persönlichkeit im strengen Sinne des Wortes. Der Verf. will richtigerweise in seinen Fällen keine „Verdoppelung der Persönlichkeit“ anerkennen, da für diese Annahme erforderlich ist, daß im zweiten Zustand die Brücken zu dem normalen, vor Eintritt der Störung bestandenen Vorstellungsinhalt vollständig abgebrochen sind, was hier nicht der Fall war. Er betont schließlich die große Ähnlichkeit mancher Symptome dieser Zustände mit der Dementia praecox: kindliches Wesen, welchem mitunter ein läppischer Zug anhaftet und sonderliche, manirierte Bewegungen und Haltungen, die von katatonischen Symptomen kaum unterscheidbar sind. In den ausführlichen Krankheitsgeschichten, die der Arbeit beigefügt sind, finden sich manche äußerst interessante Symptomenkomplexe, deren psychologische Deutung nicht immer gelungen ist, wie die Abscheu vor der Mehrheit von gleichartigen Gegenständen im Falle I, Auslassung von Buchstaben und Silben, Verwechslung von Buchstaben und Außerachtlassung jeder grammatikalischen Form beim Schreiben im Falle II, dyspraktische Störungen ideotorischer Natur in Fällen I, II, III, amnestische Aphasie im Falle III, Möglichkeit des Zustandekommens einer rein hysterischen, über längere Zeit sich erstreckenden oder vielleicht auch dauernden eigenartigen psychischen Schwäche (Fall V), Einschränkung des Gehörfeldes und Störungen der Lokalisation der Schalleindrücke im Falle VI. Außerdem zeigten fast sämtliche Fälle ausgesprochene agnostische Störungen; ob dieselben, wie dies der Verf. haben will, auf die „Oberflächlichkeit der Assoziationen“ zurückzuführen sind, ist recht zweifelhaft: symptomatologisch sind sie der Liepmannschen disjunktiven Agnosie sehr ähnlich, und es ist besonders wichtig, festzustellen, daß diese letztere auf rein psychogenem Wege entstehen kann. In der Literatur, den „Puerilismus“ betreffend, finden wir den Namen von Kraepelin nicht, der doch als einer der ersten solche Zustände entsprechend gewürdigt hatte.

Im Fall von **Saiz** (21) handelte es sich um eine schwere chronische Erkrankung, welche vom Verf. als chronische Tetanie bezeichnet wird, mit typischen Tetaniekrämpfen, Chvostekschem und Trousseauschem Phänomen, fehlenden Achillessehnenreflexen, daneben mit Kataraktbildung, Polydipsie, watschelndem Gang, graubrauner Hautpigmentierung, Nagelbrüchigkeit, Haarausfall, in deren Verlauf es auch zu epileptiformen Konvulsionen gekommen war. In enger Verbindung mit den eigentlichen Tetaniekrämpfen und den epileptiformen Anfällen kam es zu zwei psychotischen Episoden, die das Bild schwerer Verworrenheit mit nachfolgendem, längerdauerndem, stuporösem Zustand und konsekutiver Amnesie darboten. Symptomatisch hatte die Psychose eine große Ähnlichkeit mit einem protrahierten epileptischen Dämmerzustand: sie ohne weiteres als epileptische Psychose aufzufassen, ging nicht an, weil im vorliegenden Falle keine genuine Epilepsie vorlag, und die bestehenden epileptiformen Anfälle als Tetaniesymptom aufgefaßt werden müssen. Das gezierte, fast schrullenhafte Wesen der Patientin nach überstandener Psychose ließ der Vermutung Raum, daß es sich um Dementia praecox bei chronischer Tetanie mit epileptiformen Anfällen handeln könnte. Bei der engen Beziehung der Tetaniekrämpfe mit den psychotischen Erscheinungen, die auch in dem freien Intervall zwischen den beiden psychotischen Anfällen zum Ausdruck kamen, war jedoch die Annahme, daß es sich um eine echte Tetaniepsychose handle, viel wahrscheinlicher. Außer den psychotischen Erscheinungen bot der Fall außerordentlich viel interessantes auch auf somatischem Gebiet, doch ist dies letztere vom Verf. etwas stiefmütterlich behandelt worden. Die Diagnose



der chronischen Tetanie, welcher der Verf. den Fall anreihen will, erschöpft keineswegs das reichliche Krankheitsbild: die Kataraktbildung, Polydipsie, watschelnder Gang, Hautpigmentierung, Nagelbrüchigkeit, Haarausfall (Saiz will irrtümlicherweise die beiden letzten Symptome als durch Ernährungsstörungen während der Psychose bedingt wissen), lassen die Vermutung entstehen, daß hier ätiologisch außer der Epithelkörperchenstörungen auch die Störungen der inneren Sekretion der Hypophyse und der Nebennieren im Spiele sind. Der Fall steht klinisch nahe dem von Claude und Gougerot abgesonderten Typus „syndrome pluriglandulaire".

Benon (2) beschreibt 7 Fälle des Symptomenkomplexes, welchen er mit dem Namen „postapoplektische" Asthenomanie belegt. Dies soll eine Abart einer großen Gruppe sein, welche von Tastevin als „sekundäre Asthenomanien" beschrieben worden sind. Die Erschöpfung, welche nach der Einwirkung von verschiedenartigen Ursachen (physische Schmerzen, heftige gemütliche Erregungen, epileptische und apoplektische Anfälle, Infektion, Intoxikation) eintritt und von Herabsetzung der muskulären und ideativen Tätigkeit begleitet ist (Asthenie), kann bei prädisponierten Individuen einer Steigerung derselben Platz machen (Hypersthenie), einer Erregung, welche von dem Verf. unbegründeterweise mit der manischen Erregung identifiziert wird. Auch der nach dem apoplektischen Insult eintretende asthenische Zustand kann sich bei manchen Individuen in einen hypersthenischen Zustand umwandeln (postapoplektische Astenomanie), welche einige Wochen oder Monate andauern kann und eine ziemlich günstige Prognose darbietet. Die klinischen Paradigmata, mit welchen der Verf. seine These zu illustrieren versucht, sind wenig überzeugend und nicht besonders glücklich erwählt, da es sich in den meisten Fällen um progressive Paralyse handelt, wo die Erregungszustände, welche die manischen simulieren, doch ohne jeden Anfall vorkommen können.

Unter dem Namen „postepileptischer Asthenomanie" beschreibt **Benon** (3) zwei gewöhnliche Fälle von Epilepsie, in welchen nach dem postparoxysmalen Erschöpfungsstadium (Asthenie) akuter Erregungszustand einsetzte, welchen der Verf., und zwar mit Unrecht, als manischen bezeichnet. Die Benennung von alten und gut bekannten Tatsachen mit neuen, und zwar unpassenden Berechnungen (für die Anhänger von Tastevin gibt es keinen Unterschied zwischen Manie und Erregung) kann als kein wünschenswerter Fortschritt der Wissenschaft begrüßt werden.

Selig (23) demonstriert einen Kranken, bei welchem eine Kombination von Epilepsie und Paranoia vorhanden war. Die Untersuchung gab folgendes Bild: Ein 60jähriger Beamter machte die Anzeige, daß er seit 35 Jahren fortwährend maltretiert und verfolgt wird. Familiär erblich belastet. Patient leidet seit seinem 16. Lebensjahre an typischen epileptischen Anfällen. An diese Anfälle knüpfen sich seine meisten Wahnideen. Um die Verfolgungen und Vergiftungen los zu werden, wird er Alkoholiker, wodurch sich die Anfälle vermehrten. Patient zog die epileptischen Anfälle ins Reich seiner Wahnvorstellungen und behauptet, daß die Anfälle durch Vergiftungen seiner Frau (Vermischen von Arsenik mit den Speisen) verursacht werden, die diesen Zustand dazu benützt, um an ihm verschiedene Operationen vornehmen zu können. Patient überträgt eine Zahl seiner Wahnvorstellungen desselben Inhaltes auch auf seine Vorgesetzten. Selig meint, die Diagnose in diesem Falle auf eine Kombination der Epilepsie mit Paranoia richtig gestellt zu haben.

Hinrichsen (9) beschreibt mehrere Fälle von epileptischem Irresein und kommt auf Grund dieses vielgestaltigen Materials sowie der Analyse der Literatur zu folgenden Schlüssen: Das epileptische Irresein verläuft



in einer großen Anzahl von Fällen nicht typisch. Deshalb ist bei der Diagnose eines epileptischen Irreseins der Nachweis von Krampfanfällen oder ihnen gleichwertig zu erachtenden Erscheinungen nicht zu umgehen, da sie erst in den weitaus meisten Fällen uns volle Sicherheit geben. Das epileptische Irresein kann so ziemlich alle Zustandsbilder aufweisen, welche überhaupt bei Geisteskrankheiten vorkommen. Rein aus dem psychischen Bilde ohne die Unterstützung durch körperlich epileptische Symptome dürften sich am ersten nur jene Fälle diagnostizieren lassen, welche typisch anfallsweise auftretende transitorische Bewußtseinstörungen mit nachfolgender totaler oder partieller Amnesie und gewalttätigen Handlungen aufweisen, obwohl auch hier die Abgrenzung gegenüber katatonischen Zuständen nur bei genügend langer Beobachtung möglich sein wird. Wegen der Vielgestaltigkeit des epileptischen Irreseins ist der Beweis eines Zusammengehens von Epilepsie mit einer funktionellen Psychose schwer zu erbringen, wenn auch die theoretische Möglichkeit einer derartigen Kombination nicht geleugnet werden kann.

Nebst einer Zahl sehr minutiöser Krankengeschichten epileptischer Psychosen enthält die Schrift **Polet's** (19) die folgenden Ergebnisse.

Symptome, welche jedes für sich die Diagnose epileptische Psychose wahrscheinlich machen, sind partielle Umgebungsorientationsstörung, amnestische Aphasie, Kombinationsstörung, die sich verrät durch mangelhaftes Erkennen der Heilbronnerschen Figuren, bei guter Angabe der Differenz. Es bleibt aber noch eine ziemlich große Zahl epileptischer Psychosen, bei welcher die Diagnose nur aus der Anamnese mit Sicherheit gestellt werden kann.

Die epileptische Benommenheit unterscheidet sich von der typhösen Benommenheit vornehmlich durch die genannten Merkmale. Weiter fehlt bei Typhus Ideenflucht und die ideenflüchtige Paraphasie; die Perseveration ist meist nur angedeutet, die spontane Reproduktion ist weniger gestört, die Ablenkbarkeit ist geringer; Nichtorientieren überwiegt Verkehrtorientieren. Bei Epilepsie fehlen die typhöse Erschöpfbarkeit und subjektives Müdefühlen. (*Stärcke.*)

Untersuchungen **Paravicini**'s (18 a) an 190 Epileptikern. Zahlreiche, zum Teil sehr interessante Daten. So z. B. folgende:

Schädelasymmetrien	bei	67,00 %
Gewichtsasymmetrie	„	42,4 „
Direkte Heredität	„	9,28 „
Alkoholismus des Vaters	„	33,57 „
„ der Großeltern	„	15,00 „
Traumen des Kopfes	„	2,14 „
Meningitis	„	12,14 „

Verf. geht ferner auf den Geisteszustand der Epileptiker, auf die epileptische Aura, und auf die psychischen prä- und postakzessuellen Störungen näher ein. Leider ist aus den Zahlen wenig sicheres zu entnehmen. (*Audenino.*)

Im Falle von **Straßmann** (24) handelte es sich um einen 34 jährigen berufslosen Mann, der nachmittags gegen 4 Uhr im Tiergarten, wo viele Leute gingen, einer Schauspielerin begegnete; ohne überhaupt sich um die Spaziergänger zu kümmern, stürzte er, von geschlechtlicher Begierde plötzlich ergriffen, sich auf das 26 jährige Mädchen derart, daß es zu Boden fiel; hierauf warf er sich der Länge nach auf dasselbe und griff mehrmals über die Kleider mit brutaler Gewalt in die Nähe der Geschlechtsteile des Mädchens. Nur durch energische Gegenwehr und Schreien konnte es sich



befreien; er schlug es mit den Fäusten auf den Leib, hatte einen ganz starren Blick, dann ließ er von ihm ab und ging ruhig weiter, bis er festgenommen wurde. Der Pat. ist schon mehrfach bestraft worden: wegen Betruges, Bedrohung, Diebstahls und Erpressungsversuchs. Mit 22 Jahren luetische Infektion. In der Schule kam er bis zur 2. Klasse, das Lernen wurde ihm schwer; in der letzten Zeit stellte sich Gedächtnisschwäche ein, die ihn hinderte, seinen Beruf weiter zu versehen, Erregbarkeit. Die objektive Untersuchung im Untersuchungsgefängnis zeigte keine organischen Symptome seitens des Nervensystems, dagegen deutliche Intelligenzdefekte, herabgesetztes Gedächtnis und verlangsamte psychische Reaktion. Die Schilderung seiner Straftat durch den Patienten selbst zeigte eine partielle, inselförmige Erinnerungslosigkeit für das Vorkommnis. Der Verf. bezeichnet den psychischen Zustand, in welchem die Straftat vollzogen worden war, als „neurasthenischen Dämmerzustand“: „neurasthenischen“ weil der Pat. „im Anschluß an eine schwere syphilitische Infektion neurasthenisch geworden ist“, und weil „irgendwelche ausreichende Unterlagen für die Annahme eines der beiden, gewöhnlichen, hier in Betracht kommenden Krankheitszustände, Epilepsie oder Hysterie mit vorhanden sind“; und doch spricht die Anamnese deutlich über die Krämpfe mit 5—6 Jahren, über zahlreiche Schwindelanfälle, bei denen der Kranke gelegentlich umfiel und sich den Kopf verletzte, die sicherlich als epileptische Äquivalente aufzufassen sind. Wenn man dabei die Gedächtnisschwäche, Intelligenzdefekte, schwere moralische Entartung berücksichtigt, so muß man zur Überzeugung kommen, daß es sich doch um einen Epileptiker handle, und daß auch die Straftat im Zustande von epileptischer Bewußtseinstrübung vollzogen war. Die Beurteilung dieses psychischen Zustandes als eines „Dämmerzustandes“ ist ebenfalls keine richtige. Es handelte sich vielmehr um eine der zahlreichen epileptischen automatischen Triebhandlungen (gleich der „Onanie paroxystique“, Epilepsia procursiva, Aura canora usw.), welche als psychomotorische Äquivalente des Anfalls aufzufassen und mit den protrahierten, manchmal monatelang andauernden psychischen Episoden der Dämmerzustände nicht zu identifizieren sind.

Mapother (17) betrachtet die psychischen Störungen, welche die verschiedenen Formen der Chorea begleiten. Was die bei der Chorea minor vorkommenden psychotischen Erscheinungen anbetrifft, so unterscheidet er drei Typen von ihnen: 1. die in dem Prodromalstadium selbst in leichteren Fällen vorkommenden Symptome, wie Unruhe, mangelhafte Konzentration der Aufmerksamkeit und gesteigerte Emotivität, welche nach dem Abklingen der motorischen Erscheinungen spurlos verschwinden, 2. schwerere deliriöse Zustände mit Desorientiertheit, heftige motorische Unruhe, zahlreiche, insbesondere optische Halluzinationen, schließlich stuporöse Zustände, welche durch ungünstige Prognose gekennzeichnet sind, 3. der dritte Typus wird durch eine protrahierte Apathie und geistige Stumpfheit charakterisiert. Besonders interessant sind die psychischen Störungen bei der Huntingtonschen Chorea: allmähliche Abnahme der Intelligenz, Verlust des moralischen Sinnes, vollständige Kritiklosigkeit der psychischen und physischen Schwäche gegenüber, ab und zu mehr akute psychotische Episode, mit meistens mißgelungenen Suizidversuchen, Halluzinationen, Illusionen und nicht systematisierten Wahnideen.

Der Fall von **Diller, Wright** und **Mc Lay** (6) betrifft ein 30 jähriges Mädchen, welches seit seinem 15. Jahre barmherzige Schwester war, vor 10 Jahren den ersten „nervösen Anfall“ bekam, seit jener zahlreiche hysterische Anfälle je 15—30 Tage durchgemacht hat. Während des An-



falles ist die Kranke erregt, schreit laut, ist aggressiv, nach dem Anfall, welcher 8—10 Stunden zu dauern pflegt, ist die Kranke 2—3 Tage hindurch exzitiert, verwirrt, danach ruhig und besonnen. Ab und zu Anfälle von Somnambulismus und Narkolepsie. Absolute Amnesie nach den Anfällen.

In dem Fall von **Vurpas** und **Porak** (27) handelt es sich um einen 25 jährigen Epileptiker, bei welchem sich die Krankheit durch zahlreiche, sich immer steigernde Kampfanfälle, durch einen progredienten geistigen Verfall und zuletzt durch zwei sukzessive Phasen von Erregungs- und soporösen Zuständen gekennzeichnet war. Die Dauer der ersten Phase betrug zirka 2 Jahre: die Erregungsepisoden dauerten einige Tage an und kamen fast jeden Monat zurück; die Erregung wurde manchmal durch traumhafte Delirien und Halluzinationen auf optischem Gebiet begleitet, nach einem derartigen Erregungsanfalle pflegte der Kranke ausgesprochene katatonische Symptome mit absolutem Mutismus und Nahrungsverweigerung zu zeigen. Nach 2 Jahren vollständiges Aufhören der Erregungskrisen. Das psychische Bild war vollständig durch soporöse Zustände ausgefüllt: von einer tiefen Somnolenz und protrahierten Narkolepsie zeigte der psychische Zustand des Patienten alle möglichen Übergänge zu einer leichten Obnubilation, welche die Verff. mit dem Erwachen aus einem tiefen Schlaf vergleichen; diese soporösen Zustände kombinierten sich in verschiedener Weise, diese soporösen Zustände traten vorwiegend anfallsweise auf, um einige Tage, höchstens eine Woche anzudauern und nach 2 Jahren vollständig zu verschwinden.

Jolly (10) beschreibt zwei Fälle von Chorea minor mit psychischen Störungen verbunden. In dem ersten Fall handelte es sich um eine 20 jährige Nullipara, welche immer sehr nervös gewesen war und aus tuberkulöser Familie stammte. Altes Vitium cordis. Lungenspitzenkatarrh, dann leichter Gelenksrheumatismus. Im Anschluß aufgeregtes, fahriges Wesen, Todesgedanken, zunehmende Hemichorea rechts, Sehnenreflexe gesteigert. Heitere, dann weinerliche Stimmung, Angst. Der ängstlichen Erregung entsprechend, sehr lebhafte Sinnestäuschungen auf allen Gebieten. Idee der Schwangerschaft, des Abtreibens, des Schmutzens, des Erstickens. Dabei zeitlich und örtlich orientiert. Stärke der Chorea wechselnd. Nach zirka einem Monate zunehmende Hemmung. Hört noch Stimmen, bleibt orientiert, Mutismus, Negativismus, Sondenfütterung, Einnässen. Allmähliches Verschwinden der Chorea. Nach fünfmonatiger Dauer der Hemmung Lösung derselben. Entwicklung eines manischen Zustandes, der zirka 3 Monate dauert, allmählich zu Hause abklingt. Verf. differenziert zwischen Katatonie, manisch-depressivem Irresein, Amentia, akuter halluzinatorischer Paranoia (?), Infektions- und Erschöpfungsdelirien, kommt aber zur Überzeugung, daß psychische Störungen im vorliegenden Fall sich in keines der in Betracht kommenden Krankheitsschemen ohne Zwang einreihen lassen, daß sie aber mit einigen viele gemeinsame Züge haben. Als etwas Besonderes erscheint hier nämlich die Flüchtigkeit der Wahnideen, indem diese die Sinnestäuschungen nicht überdauerten, und ferner das eigenartige hypomanische Nachstadium. — Der zweite Fall betraf eine 27 jährige Frau, deren Vater und Schwester Chorea minor nach Gelenkrheumatismus hatten. Angeborener Schwachsinn. Seit Anfang Juni 1909 allmählich zunehmende choreatische Bewegungen, nach Zahnextraktion aufgetreten, ohne infektiöse oder sonstige bekannte Ursache. Nach drei Wochen hochgradige Aufregung, Angst, Sinnestäuschungen. In der Klinik stärkste choreatische Bewegungen der gesamten Muskulatur. Hypotonie derselben, Sehnenreflexe schwach. Sprache unmöglich, nur geringe Reaktion auf äußere Reize. Temperatur 41,7°.

Tod an Herzschwäche. Der ganze Zustand stellte einen Symptomenkomplex dar, der dem sog. Delirium acutum entspricht, wie er sich bei verschiedenen Psychosen entwickeln kann. Auf Grund seiner Erfahrung und sorgfältiger Analyse der einschlägigen Literatur kommt der Verf. zur Überzeugung, daß die mehrfach aufgestellte Behauptung, es handle sich bei den Choreapsychosen immer nur um solche Psychosen, die der Amentia, d. h. einer akut mit massenhaften Halluzinationen und tiefer Bewußtseinstrübung einsetzenden Geistesstörung oder dieser nahestehenden Delirien, an die Seite zu setzen oder unterzuordnen seien, sich nicht als einwandfrei begründet erwiesen hat; in einem Teile trifft diese Annahme zu, doch gibt es auch Fälle, die sich hier nicht einreihen lassen. Es finden sich bei Chorea zwar nicht alle funktionellen Psychosen, aber es kommen doch verschiedenartige Formen vor. Es handelt sich um meist akut ausbrechende ängstliche Erregungszustände mit reichlichen Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, die teilweise eine mehr oder weniger weitgehende paranoische Verarbeitung erfahren. Das Bewußtsein ist oft, aber nicht immer im Sinne einer traumhaften Verwirrtheit getrübt. In vielen Fällen treten einige katatonische Erscheinungen, besonders katatonischer Stupor und ausgesprochene Labilität der Affekte, auf.

Infektions- und Intoxikationspsychosen.

Ref.: Geh.-Rat Prof. Dr. A. Cramer-Göttingen.

1. Agostini, C., Alcoolismo e psicosi alcooliche nella Provincia dell' Umbria. Ann. d. manic. prov. 1910 di Perugia. IV. 45--101.
2. Antonini, G., Le pellagra in Bessarabia e la relazione del prof. Sambon. Arch. di Antrop. crim. T. XXXII. fasc. III. p. 277.
3. Appel, Franz, Über die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie. Inaug.-Dissert. Würzburg.
4. Baines, A., Post-Typhoid Delirium. Arch. of Pediatrics. May.
5. Barbé, A., et Benoist, E., Les troubles de la sensibilité dans la morphinomanie, la cocaïnomanie et l'héroinomanie. L'Encéphale. 1. Sem. No. 3. p. 257. u. Anthropologie. I. 257—265.
6. Barnes, F. H., Pupillary Disturbances in the Alcoholic Psychoses. New York Med. Journal. May 13.
7. Derselbe, Is Alcoholism a Disease? Medical Record. Vol. 80. No. 8. p. 374.
8. Beaussart, Défaut d'équilibre mental. Alcoolisme chronique. Internements multiples. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 185. (Sitzungsbericht.)
9. Bell, F. Mc K., Morphinism and Morphinomania. New York Med. Journal. April 8.
10. Belletrud, Michel, et Froissart, Paul, L'alcool et l'aliénation mentale dans le Var. Statistique de l'asile de Pierrefeu. Ann. d'Hygiène publique. T. XV. Févr. p. 118.
11. Benon, R., Alcoolisme chronique et état second. Fugues. Abus de confiance. Gaz. des hôpitaux. 1910. No. 79. p. 1133.
12. Berger, Hans, Organische und Intoxikations-Psychosen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung.
13. Bériel, L., Sur les psychopathies liées à l'insuffisance rénale. Lyon médical. T. CXVII. p. 1042. (Sitzungsbericht.)
14. Bolten, G. C., De la Presbyophrénie (Wernicke). La forme sénile de la psychose de Korsakow. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. H. 6. p. 239. und Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 55. (2) 1124.
15. Bonhoeffer, Alkohol-, Alkoloid- und andere Vergiftungspsychosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 14. p. 415.
16. Bonnet, Un cas de quadriplégie (intoxication par le vulnéraire). Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 250. (Sitzungsbericht.)
17. Bresler, J., Tabakologia medicinalis. Literarische Studie über den Tabak in medizinischer Beziehung. Heft 1: Geistes-, Nerven-, Augen-, Ohren-, Herz- und Gefäss-



krankheiten sowie Verdauungsstörungen infolge Tabakmissbrauch. Halle a. S. Carl Marhold.
18. Burnett, G., A Case of Delirium Following Chloroform Habit. Med. Herald. XXX. 268—275.
19. Bush, A. D., The Regressive Psychosis of Alcoholism. New York Med. Journ. Aug. 19.
20. Cantaloube, P., Confusion mentale et délire onirique dans le fièvre de Malte. La Province médicale. No. 17. p. 183.
21. Chotzen, Korsakowsche Psychose und chronisch halluzinatorische Krankheitsbilder. Berliner klin. Wochenschr. p. 363. (Sitzungsbericht.)
22. Cochrane, A., Case of Acute Delirious Malaria. Indian Med. Gazette. Oct.
23. Cramer, A., und Vogt, Über die Ursachen des Alkoholismus. S. a. n. d. 2. Hefte d. 7. Jahrg.
24. Damaye, H., Etude anatomo-clinique d'un cas de psychose toxi-tuberculeuse à la période confusionnelle. Rev. de psychiatr. T. XV. No. 1. p. 24—28.
25. Derselbe, La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. Echo méd. du Nord. 1909. 28. Nov.
26. Derselbe, Deux cas de confusion mentale subaigue par intoxication tuberculeuse. Revue de Psychiatrie. 1909. T. XIII. No. 4. p. 187.
27. Derselbe et Desruelles, Maurice, Excitation maniaque chez une déséquilibrée tuberculeuse; les lésions encéphaliques. Echo méd. du Nord. Mai.
28. Delmas et Boudon, Débilité mentale avec obsessions-impulsions multiples (Dromomanie, Dipsomanie, Sadisme, Masochisme) et accès subaigus d'alcoolisme chronique suivis d'idées fixes post-oniriques. Revue neurol. 2. S. p. 808. (Sitzungsbericht.)
29. Derselbe et Gallais, Délire systématisé secondaire post-onirique. Revue neurol. 2. S. p. 656. (Sitzungsbericht.)
30. Donath, Julius, Die vererbte Trunksucht, mit besonderer Rücksicht auf die Dipsomanie. Oesterr. Aerzte-Zeitung. No. 1—2.
31. Dupouy, R., Les opiomanes (mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium). Paris. F. Alcan.
32. Ehmsen, Heinrich, Über den Korsakowschen Symptomenkomplex und Polyneuritis. Inaug.-Dissert. Kiel.
33. Famenne, Psychoses, avec délire systématisé, consécutives à une infection gonococcique. Le Progrès médical. No. 43. p. 523.
34. Foucher, L., Contribution à l'étude du rêve morphinique et de la morphinomanie. Thèse de Montpellier.
35. Fels, R., Die Wigertschen Untersuchungen über die Frequenz des Delirium tremens in Stockholm während des Alkoholverbotes August-September 1909. Internat. Monatsschrift z. Erforsch. d. Alkohol. XXI. 58—60.
36. Féret et Terrien, Déficit intellectuel chez deux psychoses de Korsakoff anciennes. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 308. (Sitzungsbericht.)
37. Forgue et Jeanbiau, Delirium tremens post-traumatique, suivi de mort, et la loi sur les accidents. La méd. des accidents du travail. 1910. No. 5.
38. Fouque, Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 250. (Sitzungsbericht.)
39. Fraenkel, Max, Beitrag zur Aetiologie des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 38. H. 2. p. 754.
40. Garbini, G., Le ghiandole a secrezione interna in alcune malattie mentale. Ann. d. manic. prov. 1910 di Perugia. IV. 7—42.
41. Gatti, G., Contributo allo studio delle psichosi acute confusionali negli alcoolisti e nei pellagrosi. Giorn. di Psichiatr. clin. e tecn. manic. 39. 135.
42. Gaucher, Gougerot et Lévy - Frankel, Délire passager à la suite d'une injection intraveineuse de 606. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 6. p. 231.
43. Geier, T. A., O Korsakovskom psikhozie. Sovrem. Psikhiat. V. 16—51.
44. Giese, Gotthard, Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 6. p. 804.
45. Goodall, Erwin, A Presidential Address, on the Possible Toxic Origin of Some Kinds of Insanity. The Lancet. II. p. 931.
46. Gregor, A., Pellagra and the Psychoses. The Alienist and Neurol. T. 32. No. 4. p. 600.
47. Gurewitsch, M. J., Über die Ergotinpsychose. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. V. H. 2. p. 269.
48. Gurewitsch, M. J., Ueber psychische Erkrankung auf der Basis der Vergiftung mit Mutterkorn. Ssowremennaja Psichiatrija. März/April.
49. Halle, Max, Zur Symptomatologie des Delirium tremens alcoholicum. Inaug.-Dissert. Würzburg.
50. Hannard, P., et Sergeant, J., Cholémie et états mentaux dépressifs. Echo médicale du Nord. XV. No. 11. p. 131—133.



51. **Herring**, A. P., Korsakows Syndrome-Cerebropathia psychica toxemica. Maryland Med. Journ. April.
52. **Herzog**, Brief eines „Korsakoff". Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1891. **(Sitzungsbericht.)**
53. **Hesnard**, Polynévrite paludeénne et troubles psychiques. La Tunisie médicale. No. 5. p. 177—188.
54. **Higier**, Heinrich, Beitrag zur Klinik der psychischen Störungen bei chronischem Kokainismus. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 10. p. 503.
55. **Hoffmann** und **Marx**, Retrograde Amnesie nach Kohlenoxydvergiftung oder epileptischer Dämmerzustand? Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 14. p. 513.
56. **Hoisholt**, A. W., Korsakoffs Psychosis and the Amnesic Symptom-Complex, with a Report of Three Cases. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. VII. No. 25. p. 1974.
57. **Hudovernig**, K., Ein geheilter Fall von Autointoxikationspsychose. Orvosi Hetilap. **55.** 325.
58. **Inch**, G. F., Alcohol as Factor in Mental Diseases. Journ. of the Michigan State Med. Soc. April.
59. **Jeske**, Die Abnahme der Frequenz des Delirium tremens in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung von 1909. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 3. p. 353.
60. **Jolly**, Ph., Zur Prognose der Puerperalpsychosen. Münch. med. Wochenschr. No. 3. p. 130.
61. **Juarros**, César, Un caso de hipocondria melancolica por insufficiencia hepatica. El Siglo medica. p. 392.
62. **Kinney**, G. S., Drug Psychosis and its Treatment. N. Amer. Journ. Homoeop. LIX. 310—317.
63. **Knauer**, A., Psychologische Untersuchungen über den Meskalinrausch. Vers. bayer. Irrenärzte in München.
64. **Kozowsky**, A., Zur Pathologie des Delirium acutum. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 415. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) **10.** 1108.
65. **Laysmann**, Ludwig, Posteklamptische Psychosen. Inaug.-Dissert. Bonn.
66. **Lewis**, C. F., Delirium tremens in a Boy of Twelve. Arch. of Pediat. XXVIII. 526.
67. **Libert**, Lucien, Syndrome choréique et tumeurs intra-dure-mériennes chez une alcoolique. L'Encéphale. No. 4. p. 351.
68. **Ljass**, S., Korsakoffsche Psychose, durch Wernickes Polioencephalitis kompliziert. Revue f. Psych. (russ.) **16.** 70.
69. **Löwy**, Max, Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beachtungswahn aus dem Gefühle subjektiver unbestimmter Unruhe oder unbestimmter Angst (drohenden Unheils), unbestimmter Erwartung und aus dem Gefühle allgemein erhöhter Importanz der Eindrücke. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VI. H. 4. p. 605.
70. **Lurà**, A., Della polinevrite in puerperio. La sindrome Korsakow. Boll. delle cliniche. No. 5. p. 207.
70a. **Maier**, Hans W., Kasuistische Beiträge zur Psychologie der Aussage vor Gericht. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 8. p. 480.
71. **Martin**, Gustave, La maladie du sommeil et ses troubles mentaux; démence trypanosomiaque et démence paralytique. Ann. de l'Institut Pasteur. No. 6. p. 463.
72. **Martin**, Gustave, Au sujet de deux observations de délire onirique dans la maladie du sommeil. Revue neurol. 2. S. p. 654. **(Sitzungsbericht.)**
73. **Martin**, Louis, Les troubles cérébraux de la maladie du sommeil. Leur traitement. Bulletin médical. an XXV. No. 37. p. 405.
74. **Martini**, G., Su alcune particolarità di decorso delle frenosi alcooliche in rapporto alle moderne vedute patogenetiche. Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bd. 38. Ferrara.
75. **Mayr**, Roderich, Über Endzustände bei Korsakowscher Psychose. Inaug.-Dissert. München.
76. **Mc Graffin**, C. G., The Alcoholic Psychose. Journ. of Inebriety. 1910. XXXII. 154—160.
77. **Meyer**, E., Psychose bei einer Infektionskrankheit (Influenza). **Vereinsbeilage** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 37. p. 1722.
78. **Minor**, L., Zahlen und Beobachtungen aus dem Gebiete des Alkoholismus. S. a. n. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. IV. H. 4.
79. **Mitchell**, W. S., A Case of Acute Orchitis Occurring in An Undescended Testis After an Attack of Epidemic Parotitis, and Associated with Acute Delirium. The Lancet. I. p. 23.
80. **Möller**, Geisteskrankheit infolge Schwefelkohlenstoffvergiftung. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 8. p. 297.



81. Morel-Lavallée, De la keutomanie chez les morphinomanes. Gaz. des hopitaux. p. 1236. (Sitzungsbericht.)
82. Morpurgo, Edgardo, Ricerche sulla associazione delle idee nei pazzi pellagrosi. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. H. 1—2. p. 195.
83. Müller, Helmut, Sammelbericht über Arbeiten auf dem Gebiete der Alkoholpsychosen aus den Jahren 1906—1910. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. IV. H. 1—2. p. 1. 81.
84. Musgrave, W. E., A Case of Marked Tertian Malarial Fever with Marked Mental and Nervous Manifestations and with Unusually Few Parasites in the Peripheral Circulation. Bull. of the Manila Med. Soc. Febr.
85. Olivier, Troubles mentaux et auto-intoxications gastro-intestinales. Ann. méd.-chir. du Centre. Anno X. No. 43. p. 621—625.
86. Olivier et Boidard, Délires d'incubation à forme maniaque dans la fièvre typhoide. Gazette des hôpitaux. No. 22. p. 318.
87. Pel, P. K., Eine Tabakpsychose bei einem 13jährigen Knaben. Berliner klin. Wochenschrift. No. 6. p. 241.
88. Pelzmann, O., Cas de bromisme avec troubles cérébraux. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 3. p. 152.
89. Perry, M. L., A Report of Two Cases of Pellagra. Amer. Journ. of Insanity. **67.** 553.
90. Petrò, Francisco, La pazzia alcoolica in provincia di Cuneo. Giorn. della R. Soc. ital. d'Igiene. No. 6—7. p. 251. 289.
91. Pitt, G. N., Korsakows Syndrome. Guys Hosp. Gaz. XXV. 258—262.
92. Raecke, Aktengutachten über den Geisteszustand eines inzwischen verstorbenen Alkoholikers. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIII. H. 1. p. 94.
93. Régis, Galtier, et Laurens, Un cas de confusion mentale toxi-infectieuse avec amnésie. Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux. 1910. XXXI. 571—753.
94. Rollmann, Josef, Klinische Beobachtungen des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Wiener klin. Rundschau. No. 41. p. 645.
95. Rosenstein, L., Morphiumabstinenz und paralytisches Syndrom (Pseudoparalysis regressiva). Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) **10.** 1405.
96. Runge, W. Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. Bd. 48. p. 545.
97. Sanchez-Herrero, Abdón, Una Dipsomanica. El Siglo Medico. p. 230.
98. Sanz, E. Fernández, Pseudo-parálisis general alcohólica. Rev. clin. de Madrid. 1910. III. 161—167.
99. Schild, Rudolf, Beitrag zur Kenntnis der Polyneuritis alcoholica mit Korsakowschem Symptomen-Complex. Inaug.-Dissert. Kiel.
100. Schloffer, Fall vor eitriger Zerebrospinalmeningitis nach Schädelbasisfraktur mit Ausgang in Heilung. (Korsakoffsche Psychose.) Wiener klin. Wochenschr. p. 1109. (Sitzungsbericht.)
101. Schönfeld, M., Über sogenannte Kleptomanie. St. Petersb. mediz. Wochenschr. p. 355. (Sitzungsbericht.)
102. Schröder, Dipsomanie. Berl. klin. Wochenschr. p. 1250. (Sitzungsbericht.)
103. Siek, Konrad, Allgemeine Krankenhäuser und die Bekämpfung des chronischen Alkoholismus. Medic. Corresp.-Blatt LXXXI. No. 40. 7. Okt.
104. Siebert, Chr., Vergiftungspsychose nach dem Genuss von Radix hyoscyami nigri. St. Petersb. mediz. Wochenschr. No. 35. p. 383.
105. Siemerling, E., Infektions- und autotoxische Psychosen (Delirien, Amentia). Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 21. p. 637.
106. Soukhanoff, Serge, Troubles mentaux dans la staphylococcémie. Revue neurol. No. 23. p. 661.
107. Starr, Allen, Acute Psychosis Due to Belladonna Poisoning. Medical Record. Vol. 79. No. 23. p. 1050.
108. Steppanoff, Paul, Beiträge zur Kenntnis des Korsakoffschen Symptomenkomplexes bei Lues cerebri. Inaug.-Dissert. Berlin.
109. Stransky, E., Pseudohalluzinationen bei Alkoholikern. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. p. 419. (Sitzungsbericht.)
110. Thiroux, A., De l'aliénation mentale dans la trypanosomiase humaine. Revue de Psychiatrie. 1910. T. XIV. N. 9. p. 359.
111. Tschertkow, J., Vergleichende Zahlen nach quantitativer experimenteller Untersuchung des Gedächtnisses nach Rossolimo bei Korsakoffscher Psychose, progressiver Paralyse und Epilepsie. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) **10.** 1596.
112. Valdés Lambea, J., Sobre un caso de uremia cerebral con demencia consecutiva. Rev. de san. mil. 3. s. I. 133—138.
113. Valleteau de Moulliac et Cozanet, Troubles psychiques de la Dengue. L'Encéphale. No. 1. p. 27.



114. Valtorta, D., L'elemento individuale in accessi psicopatici da intossicazione alcoolica, studio clinico. Manicomio. 1910. XXVI. 57—110.
115. Vidoni, Giuseppe, Psicosi alcoolica cronica. Gazzetta med. lombarda. No. 4. p. 31.
116. Vigouroux, A., Confusion mentale grippale. Mort par méningo-encéphalite subaiguë. La Clinique. an. VI. No. 23. p. 362.
117. Derselbe et Prince, Rhumatisme tuberculeux et stupeur. Arch. de Neurol. 1912. 10 S. Vol. I. p. 105. (Sitzungsbericht.)
118. Voivenel et Tapie, J., Sur un cas de mélancolie délirante au cours d'un ictère par rétention. Toulouse médical. p. 137.
119. Wallenberg, Psychische Störungen nach Digitalis bei Herzkranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 750. (Sitzungsbericht.)
120. Wallon, Henri, et Gautier, Cl., Psychose infectieuse et confusion mentale. Perte des notions de temps. Revue neurol. No. 11. p. 661.
121. Wells, R. E., Diplococcus in Acute Delirium. Am. Journ. of Insan. LXVII. 593—596.
122. Wertheim, Moritz, Zur Lehre von den Psychosen bei Urämie. Inaug.-Dissert. Kiel.
123. Wohlwill, Friedrich, Das Verhalten des Blutdrucks im Delirium tremens. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. 147.
124. Zamorani, H., Intorno ad un caso di psicosi post-eclamptica. Gazz. med. sicil. 1910. XIII. 442—451.

Wenn auch die Zahl der Arbeiten, welche sich mit den Infektions- und Intoxikationspsychosen beschäftigen, wieder zurückgegangen ist, wohl weil die meisten Autoren eingesehen haben, daß es spezifische derartige Psychosen nicht gibt, so bringt uns das Berichtsjahr doch einen Fortschritt in größeren zusammenfassenden Arbeiten, welche in nüchterner Weise die ätiologischen und klinischen Verhältnisse würdigen.

Die Infektionspsychosen stellen nach **Siemerling** (105) keine besondere, symptomatologisch von den übrigen Psychosen abgrenzbare Gruppe dar. Sie bieten meist das Bild der Amentia, der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit. Die Verschiedenartigkeit und der Wechsel der Symptome ist mannigfach; jedoch gelingt es nicht, nach ätiologischen Richtlinien einzelne Unterabteilungen abzugrenzen. Verlauf und Prognose ist nicht von der Art der Grundkrankheit abhängig, sondern von der Schwere der Infektion und dem Kräftezustande der Patienten; der Tiefe der Bewußtseinstrübung schreibt Siemerling eine große prognostische Bedeutung zu. Die pathologische Anatomie zeigt eine akute Schädigung der nervösen Substanz, die bis zu ausgedehntem Zellenzerfall gehen kann, und eine reaktive Wucherung der Glia; bei Bakterieneinwanderung ins Gehirn, die nach Fraenkel sehr häufig ist, kommen mikroskopisch kleine enzephalitische Herde vor. Die Therapie der Infektionspsychosen hat ihr Augenmerk auf die Grundkrankheit zu richten und ferner für genügende Überwachung der Kranken, Hochhaltung des Ernährungszustandes und Bekämpfung der Unruhe und Schlaflosigkeit zu sorgen.

Wallon und **Gautier** (120) beschreiben einen Fall von halluzinatorischer Verwirrtheit auf dem Boden einer Infektionskrankheit, bei welcher die Intensität der psychischen Störungen mit der des Infektionsprozesses auffallend genau Schritt hielt. Die Symptome gingen stufenweise zurück; im letzten Stadium vor der Genesung zeigte sich lediglich eine Merkfähigkeitsstörung, so daß das Krankheitsbild einer Korsakoffschen Psychose sehr ähnlich sah.

de Moulliac und **Cozanet** (113) haben beobachtet, daß bei der Dengue ähnlich wie bei der Influenza das Gefühl der Abgeschlagenheit und der Schwäche außerordentlich stark ausgeprägt ist. Ferner fanden sich traumhafte Halluzinationen, infolge welcher sich in verschiedenen Fällen eine amentiaartige Psychose entwickelte, die sich von anderen Infektionspsychosen nicht wesentlich unterschied.



Berger (12) gibt einen kurzen Abriß über die wichtigsten Intoxikationspsychosen. Am ausführlichsten werden entsprechend ihrer Bedeutung Morphinismus und Alkoholismus behandelt. Das Vorkommen von Abstinenzdelirien ist nach des Verfassers Ansicht erwiesen, vor allem durch die Erfahrungen Wigerts in Stockholm, der in den ersten Tagen des im August 1909 ausgeübten totalen Alkoholverbotes die Zahl der in die Krankenhäuser eingelieferten Deliranten auf das Vierfache ansteigen sah. Neben den durch Kokain, Atropin, Tabak und andere Gifte hervorgerufenen Geistesstörungen werden auch die bei Diabetes, Urämie, Cholämie und Basedow auftretenden Psychosen kurz berücksichtigt. Als praktisch wichtig wird hervorgehoben, daß ein Patient, der acht Wochen lang gegen Asthma Atropinpillen nahm, an einer akuten halluzinatorischen Psychose erkrankte. Auf die glänzenden Resultate der Kocherschen Strumektomie bei den Basedowpsychosen macht Verf. besonders aufmerksam.

Bonhoeffer (15) weist auf die große Bedeutung der endogenen Anlage bei denjenigen Infektionspsychosen hin, die auf den Gebrauch narkotischer Mittel zurückzuführen sind. Jedoch soll auch in manchen Fällen, wo das exogene Moment durchaus im Vordergrund steht, wie z. B. beim Delirium tremens, der ätiologische Zusammenhang zwischen Intoxikation und Psychose kein ganz direkter sein. Das Bild des Delirium tremens ist nach Bonhoeffers Ansicht so verschieden von dem gewöhnlichen Bilde des chronischen Alkoholismus und ähnelt, zumal in seinen körperlichen Begleiterscheinungen, dem bei Stoffwechselerkrankungen auftretenden Autointoxikationsdelirium, daß er den Alkohol nicht allein oder vielmehr nur indirekt verantwortlich machen zu dürfen glaubt. Er sieht mit der Wiener Schule als Urheber des Delirium tremens ein hypothetisches Gift an, das bei Stoffwechselstörungen der Alkoholiker entsteht. Vielleicht ist der Alkohol sogar das Gegengift gegen diesen hypothetischen Giftstoff; die Entstehung der Abstinenzdelirien ließe sich so theoretisch begründen.

Die Wirkung des Morphiums auf die Psyche besteht nach Bonhoeffer in einer starken Reduktion der Energie und einer Abnahme der Willensimpulse. Die ethische Verwahrlosung der Morphinisten sieht er als ein Hervortreten der degenerativen Anlage an, nicht als eigentliche Morphiumwirkung. Eine eigentliche Morphiumpsychose, die mit den Alkoholpsychosen in Analogie zu setzen wäre, gibt es demnach nicht. Auch bei den Morphiumentziehungskuren sollen eigentliche Psychosen nur dann vorkommen, wenn neben Morphium noch andere Narkotika gebraucht worden sind. Die bei einem Morphinisten während der Entziehung vorkommenden Erregungszustände rechnet Bonhoeffer als ins Gebiet der Hysterie gehörig.

Goodall (45) referiert über die in den letzten 20 Jahren gemachten Versuche, in die Ätiologie einzelner Geisteskrankheiten durch bakteriologische Untersuchungen sowie durch Beobachtung der Leukozytenverhältnisse im Blut und durch Stoffwechselversuche einzudringen. Bakterienbefunde im Blute Geisteskranker beweisen lediglich eine sekundäre Infektion. Bakterienbefunde in der Schleimhaut des Verdauungs- und des Respirationstraktus haben ebensowenig ätiologische Bedeutung für Geisteskrankheiten, desgleichen die Indikanreaktion. Die Fäzes Geisteskranker hat neben andern auch der Verf. selbst auf ihren Gehalt an den verschiedenen Bakterienarten untersucht, sowie auf deren Agglutinieren und opsonischen Index; das Resultat ist einzig das, daß die Geisteskranken — analog den Diabetikern und Nephritikern — sekundären Infektionen gegenüber eine verminderte Widerstandsfähigkeit besitzen.



Was die Leukozyten angeht, so ist bei akuter Manie und Melancholie eine prozentuale Vermehrung der neutrophilen polymorphkernigen Leukozyten beobachtet worden, die im Verlauf der Erkrankung wieder schwindet, gegen Schluß der Attacke jedoch von neuem auftritt. Anhaltendes Fehlen dieser Vermehrung soll prognostisch ungünstig sein. Bei den subakuten und chronischen Psychosen ist diese Vermehrung der neutrophilen Leukozyten nur gering, oder sie fehlt ganz. Die Paralyse zeigt im Anfangsstadium bei noch guter Ernährung Leukozytose mit prozentualer Vermehrung der neutrophilen Zellen; in den folgenden Stadien wird Lymphozytose gefunden; bemerkenswerterweise kennzeichnet sich jedoch jede Exazerbation wiederum durch Leukozytose. Während ausgeprägter Remissionen fand Verf. selbst in sechs Fällen Lymphozytose. Goodall betrachtet deshalb die Lymphozytose bei der Paralyse als die Reaktion des Organismus gegen die eigentliche, in letzter Linie als syphilitisch anzusehende Infektion oder Intoxikation; er weist darauf hin, daß auch bei Schlafkrankheit, Syphilis und Malaria der Organismus mit Lymphozytose, nicht mit Leukozytose reagiert; er erklärt sich die Erfolge, die Wagner und Pilcz mit Tuberkulininjektionen hatten, indem er die Injektionen als künstliche Erzeugung von Lymphozytose auffaßt. Die Leukozytose will er nur als eine Abwehrmaßregel gegen die „Sekundärinfektionen" ansehen, durch welche der erste Ausbruch der Paralyse und die Exazerbationen hervorgerufen werden.

Die Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken sind noch spärlich. Die Untersuchungen von Pighini bei Dementia praecox und von Kauffmann bei Epilepsie und Paralyse bedürfen noch der Bestätigung. Mackenzie, Wallis und der Verf. haben bei einzelnen Geisteskrankheiten eine Verminderung und ein Schwanken der Kreatininausscheidung gefunden.

Barnes (7) setzt in einem populär anmutenden Vortrage auseinander, daß der Alkoholismus keine „Krankheit" sei, sondern eine üble „Gewohnheit", die nicht durch Medikamente, nur durch Stärkung der Willenskraft geheilt werden könne.

Cramer und **Vogt** (23) sehen die Hauptursache des Alkoholismus in der endogenen Veranlagung der trunksüchtigen Personen. Die massenhaften exogenen Momente, die zum Trinken verleiten — Erziehung und Beispiel, Trinksitten, die bequeme Zugänglichkeit der alkoholischen Getränke, die Beschäftigung im Braugewerbe, Not, Sorge, Armut und das daraus entspringende Bedürfnis nach einem „Sorgenbrecher" u. a. m. — rufen nur bei mehr oder minder entarteten Individuen wirkliche Trunk-„Sucht" hervor. Für Kinder ist natürlich jeder Alkoholgenuß verderblich, weil dadurch bei der geringen Widerstandsfähigkeit des sich noch entwickelnden Gehirns der Grund zu einem geistigen Defekt gelegt werden kann.

Minor (78) berichtet über die poliklinische Behandlung der Trinker durch Hypnose, wie sie in Rußland außerordentlich verbreitet ist. Am Ende des ersten Jahres nach der Behandlung waren noch 28 % der Behandelten enthaltsam, am Ende des zweiten Jahres noch 9 %; im dritten und vierten Jahre sank diese Zahl nur noch bis auf 8 %. Das Studium des Einflusses der Heredität auf den Alkoholismus hält Verf. in dem Moskauer Milieu, in welchem hergebrachterweise alle männlichen Personen saufen, für unmöglich; jedoch möchte er den Bedingungen der Umgebung eine größere Bedeutung zuschreiben als der erblichen Belastung.

Raecke (92) veröffentlicht den Fall eines Alhoholisten, dessen Geisteszustand er lediglich an der Hand der Akten zu begutachten hatte, nachdem der Betreffende bereits verstorben war. Er erörtert bei dieser Gelegenheit die außerordentlichen Schwierigkeiten eines solchen Gutachtens, bei dem



man lediglich auf Laienaussagen angewiesen ist, bei deren Erhebung man nicht einmal persönlich hat mitwirken können.

Benon (11) beschreibt und erörtert den Fall eines Trinkers, bei dem eigenartige Fuguezustände auftraten, der erste im 31., der zweite im 35. Lebensjahre. Dazwischen kam noch ein Verwirrungszustand vor, der nur einen Tag dauerte. Bei dem zweiten Fuguezustand ist bemerkenswert, daß eine drei Wochen lange Periode übermäßigen Alkoholgenusses vorhergegangen sein soll, und daß der Kranke eine totale Amnesie nicht nur für die Zeit des eigentlichen Fugue, sondern auch für die vorangehenden drei Wochen zeigte. Im übrigen waren keinerlei epileptische Äquivalente zu ermitteln, ebensowenig Zeichen von Hysterie. Der Autor wirft deshalb die Frage auf, ob man vielleicht Alkoholismus allein für das merkwürdige Krankheitsbild verantwortlich machen dürfe.

Hoisholt (56) teilt die Krankengeschichte dreier Fälle von Korsakoffschem Symptomenkomplex mit, von denen der erste den Typus der senilen Demenz, der zweite den der alkoholisch-polyneuritischen Psychose zeigt. Der dritte war atypisch und ließ die Diagnose zunächst zwischen Tumor, Lues cerebri und Alkoholismus schwanken, bis dann der weitere Verlauf und schließlich die Sektion das Bestehen einer progressiven Paralyse kenntlich machten.

Rollmann (94) beschreibt fünf Fälle von Korsakoffscher Psychose, von welchen drei auf chronischen Alkoholismus, einer auf Lues, einer auf senile Demenz zurückzuführen war. Polyneuritische Erscheinungen waren nur in einem Fall deutlich ausgeprägt.

Fraenkel (39) berichtet ausführlich über zwei Fälle von Korsakoff, deren Ursache das eine Mal eine Strangulation, das andere Mal eine Schußverletzung an der rechten Schläfe war. Der letzte Fall endete nach einigen Monaten mit Heilung; bei dem ersteren war eine Besserung der amnestischen Symptome nicht sicher festzustellen, weil die betreffende Patientin sich negativistisch verhielt.

Jeske (59) hat nach den Ursachen der im letzten Drittel des Jahres 1909 in Breslau beobachteten Abnahme der Delirantenziffer geforscht. Er kommt zu dem Resultat, daß nicht die in diese Zeit fallende Erhöhung der Branntweinsteuer allein, sondern auch in erheblichem Maße der von der sozialdemokratischen Partei verhängte Schnapsboykott die auffällige Verminderung der Erkrankungen an Delirium tremens bewirkt habe.

Wohlwill (123) hat durch eine Reihe von Versuchen an Fällen von Delirium tremens ermittelt, daß eine genaue Blutdruckmessung eine mehr ins einzelne gehende Vorstellung über die Zirkulationsverhältnisse während der einzelnen Phasen der Krankheit geben kann. Er mißt diesen Ergebnissen jedoch nur theoretische Bedeutung bei, da sie keine sicheren prognostischen Schlüsse zulassen.

Maier (70a) berichtet über einen Fall eines geheilten Trinkers, der 15 Jahre lang abstinent gewesen war und dann gelegentlich einer körperlichen Erkrankung infolge unvorsichtiger Alkoholordination einen schweren Rückfall erlebte.

Auf Grund seiner Beobachtungen und an der Hand eines klinisch und pathologisch-anatomisch eingehend studierten Falles kommt **Kozowsky** (64) zu folgenden Schlüssen: Das Delirium acutum ist eine Erkrankung, die durch verschiedenartige toxische Agentien hervorgerufen wird; es weist keine bestimmte anatomische Struktur auf. Zur Entstehung des Delirium acutum sind erforderlich die vorhergehenden Veränderungen des Zentralnervensystems, welche eine gesteigerte Empfänglichkeit für die schädlichen Agentien be-



dingen. Zur Entstehung des Delirium acutum ist erforderlich entweder eine Steigerung der Einwirkung derselben toxischen Substanzen, durch welche die chronischen Alterationen hervorgerufen worden sind oder der Eintritt einer neuen Noxe in den Organismus, die das Zentralnervensystem endgültig zerstört. (*Bendix.*)

Sick (103) gibt der Ansicht Ausdruck, daß die Krankenhausärzte besser als die Kollegen aus der freien Praxis in der Lage seien, die bei Trinkern oft notwendige Überführung in Heilstätten in die Wege zu leiten, da sie weniger Rücksichten zu nehmen brauchten. Er empfiehlt die Errichtung einer Beratungsstelle für Alkoholkranke im Krankenhause selbst und berichtet, daß diese Neuerung sich am städtischen Krankenhause zu Stuttgart seit dem 1. Oktober 1910 bestens bewährt habe.

Higier (54) erörtert an der Hand eines von ihm beobachteten Falles von Kokaindelirium einzelne Symptome, die in diagnostischer Beziehung unter Umständen sehr wertvoll sein können. Es sind dies: 1. die Pigmentation der Injektionsnarben; 2. die Lokalisation und der eigentümliche Charakter der Parästhesien: diese treten vorwiegend am Rumpf auf und rufen das Gefühl hervor, als säßen Fremdkörper unter der Haut (Magnansches Zeichen); 3. die psychischen Attacken. Diese werden oft verkannt und als Alkoholrausch oder Delirium tremens angesehen (so auch in dem mitgeteilten Falle), sie unterscheiden sich von denselben jedoch durch das Fehlen der objektiven Zeichen des Potus und das Auftreten von Dispnöe und hochgradiger Angst.

Hoffmann und **Marx** (55) besprechen einen gerichtsärztlich interessanten Fall. Ein Mann, der mittels Durchschneiden der Pulsadern und Öffnen zweier Gashähne sich und ein vier Jahre altes Kind zu töten gesucht hatte, wurde bewußtlos aufgefunden, jedoch am Leben erhalten und zeigte sich für die Tat amnestisch. Die Autoren erklären den Fall als eine retrograde Amnesie nach Kohlenoxydgasvergiftung und führen mehrere Fälle aus der Literatur dafür an, während sie die Meinung eines dritten Sachverständigen bekämpfen, der das Vorliegen eines epileptischen Dämmerzustandes oder eines „Affektdämmers" für mindestens ebenso wahrscheinlich hält.

Giese (44) berichtet zusammenfassend über den heutigen Stand der Lehre von den psychischen Störungen nach CO-Vergiftung und veröffentlicht zwei weitere Fälle. die einzelne neue interessante Züge aufweisen. Beide Fälle sind intervalläre, regressive Formen, ferner isolierte Schriftstörungen; beide sind Korsakow-Fälle und zeigen einen ähnlichen Ausgang in neurasthenische Konstitution. Die Schriftstörung war anscheinend unabhängig von aphasischen Erscheinungen. Es beschränkte sich in den beiden Fällen die amnestische Störung, abgesehen von der Merkfähigkeit, eigentlich nur auf das Schriftvermögen. (*Bendix.*)

Möller (80) gibt ein konzises Referat über „Geisteskrankheit" nach Schwefelkohlenstoffvergiftung. Einmal finden sich leichte psychische Störungen, wie Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Interesselosigkeit, Stimmungswechsel, die schon wenige Tage nach Beginn der Beschäftigung mit dem Vulkanisieren auftreten können und mit dem Aussetzen dieser Beschäftigung wieder schwinden. Zweitens wird ein Schwefelkohlenstoffrausch beobachtet, der mit dem Alkoholrausch große Ähnlichkeit hat. Ferner gibt es rauschähnliche toxische Dämmerzustände. Endlich kann eine Demenz auf dem Boden der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung entstehen; meist tritt sie erst auf, nachdem bereits häufig Rauschzustände vorgekommen sind, doch kann sie auch ohne vorhergegangene Rauschzustände sich entwickeln.

Bresler (17) stellt unter dem Namen „Tabakologia medizinalis" die Literatur über den Tabak zusammen, soweit sie für den Arzt Wert hat.



Das erste Kapitel des Werkes beschäftigt sich mit den Nerven- und Geisteskrankheiten, die infolge von Tabakvergiftung auftreten können. Es enthält Referate über Arbeiten von Näcke, Santlus, Xjellberg (Upsala), Zalackas, Jacoby, Lobde, Clemens, Fr. Richter, Schotten u. a.

Hudovernig (57) beschreibt folgenden Fall von Autointoxikationspsychose: 30jähriger intelligenter Mann wird wegen Verdacht auf Blinddarmentzündung der Chirurgie eingeliefert, von dort wegen Erregungszuständen der Abteilung Verf. übergeben. Keine Anamnese. Keine Druckempfindlichkeit, kein Fieber, vollkommene Desorientiertheit, Patient stuporös, reagiert nicht auf Ansprache, erschwerte psychische Funktionen, vermag seinen Namen nicht anzugeben, lebhafte Halluzinationen. Verdacht auf akut entstandene Verwirrtheit auf intestinaler Grundlage. Nach Rizinus massenhafter übelriechender Stuhl. Danach Aufhellung des Bewußtseins, doch ist Patient für die Zeit von sieben Tagen amnestisch; am nächsten Tage nur mehr auf zwei Tage sich erstreckende Amnesie. Nachträglich stellte sich heraus, daß Patient vier Tage vor seiner Einlieferung fette Wurst mit Kraut verzehrte. Das klinische Bild der Psychose entspricht dem der Amentia, die noch nachträglich bestehende Amnesie erinnert an Korsakoff. (*Autoreferat.*)

Löwy (69) teilt die ausführlichen Krankengeschichten einiger Fälle mit, in welchen „aus dem Gefühle subjektiver unbestimmter Unruhe oder unbestimmter Angst (drohenden Unheils), unbestimmter Erwartung und aus dem Gefühle allgemein erhöhter Importanz der Eindrücke" sich ein „diffuser Beobachtungswahn" entwickelte; die Kranken glaubten sich von allen Personen ihrer Umgebung angesehen, besprochen und belächelt. Bei einem dieser Fälle handelte es sich um einen Neurastheniker, der infolge übermäßigen Rauchens eine Angstneurose bekam, auf Grund welcher es dann zur Entwicklung oben angedeuteter subakuter Psychose kam.

Pel (87) beobachtete bei einem 13jährigen Knaben, der in einer Tabakfabrik arbeitete und 10—20 Zigarren täglich rauchte, eine Psychose; der früher liebenswürdige und fleißige Junge wurde ungezogen und launenhaft; er war bald erregt, bald verstimmt, bald heiter, hatte Halluzinationen, Weinkrämpfe und zeigte motorische und Denkhemmung. Pel faßt diese Erkrankung als Tabakpsychose auf.

Siebert (104) weist an einem Fall von Vergiftungspsychose mit Radix Hyoscyami nigri auf die Übereinstimmung des Krankheitsbildes mit der Atropinvergiftung hin. Anfangs trat Hitzegefühl auf, Rötung des Gesichts und der Augen, unsicherer Gang, darauf Trübung des Bewußtseins, Halluzinationen, Unruhe, Trockenheit im Halse, Zittern der Hände. Nach drei Tagen schwanden die Vergiftungssymptome und psychischen Störungen. (*Bendix.*)

Gurewitsch (47), der als Russe verhältnismäßig häufig Mutterkornvergiftungen gesehen hat, berichtet über 18 Fälle von Ergotinpsychosen. Bei allen traten die charakteristischen Krämpfe auf, setzten jedoch in der Regel aus, sobald sich psychische Krankheitserscheinungan bemerkbar machten. Was die psychischen Symptome angeht, so waren Sinnestäuschungen nur hier und da vorhanden. Häufig waren Depression und Angstaffekte. In anderen Fällen zeigte sich stumpfe Gleichgültigkeit; Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit waren stets herabgesetzt. Als besonders charakteristisch betrachtet Gurewitsch das Auftreten von Bewußtseinsstörungen auf der Höhe der Erkrankung.



Organische Psychosen, Dementia paralytica, Dementia praecox, Dementia senilis.

Ref.: Dr. Kurt Mendel-Berlin.

1. Abbot, E. St., Meyers Theory of the Psychogenic Origin of Dementia praecox. Amer. Journ. of Insanity. **68.** 15.
2. Abraham, K., Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 1910. I. 27.
3. Albertis, D. de, Contributo allo studio delle lesioni istopatologiche nella corteccia cerebrale dei dementi precoci. Note e riv. di psichiat. 3. s. IV. 8—28.
4. Allen, C. L., Changing Type of General Paralysis. Southern California Practit. July.
5. Amsden, G. S., The „Liquor Bellostii" Test in Paresis. New York Med. Journal. June 3.
6. Ansalone, G., Contributo clinico ed istopatologico allo studio della demenza arteriosclerotica. Il Manicomio. Bd. 16. Nocera Inferiore.
7. Ansalone, Über die Veränderungen der Neurofibrillen bei der progressiven Paralyse. Neurol. Centralbl. p. 1081. **(Sitzungsbericht.)**
8. Anton, G., Über progressive Paralyse und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 23. p. 701.
9. Aschaffenburg, Gustav, Die frühzeitige Diagnose der Paralyse. Zeitschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte. No. 5.
10. Authier, Des prédominances symptomatiques et anatomo-pathologiques dans la paralysie générale et dans la sénilité cérébrale. Thèse de Bordeaux.
11. Derselbe, Paralysie générale chez une arriérée profonde. Journ. de méd. de Bordeaux. 1910. XL. 821.
12. Ball, C. R., Prognosis in the Initial Stages of General Paresis. St. Paul Med. Journal. Febr.
13. Baller, Spannungserscheinungen am Gefässsystem und ihre differenzialdiagnostische Verwertbarkeit für die Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 5. p. 613.
14. Ballet, Gilbert, Les rémissions dans la paralysie générale. Journ. de Méd. et de Chir. pratiques. 1910. No. 15. p. 567.
15. Derselbe, Sur les accès de mélancolie prémonitoires de la paralysie générale. Bulletin médical. No. 47. p. 527.
16. Barbé, A., et Benoist, A., Paralysie générale à début mélancolique. Revue neurol. 2. S. p. 807. **(Sitzungsbericht.)**
17. Derselbe et Guichard, Démence précoce ou psychose périodique. ibidem. I. p. 533. **(Sitzungsbericht.)**
18. Bassi, A., Alterazioni midollari in due casi di demenza precoce catatonica. Ann. d. manic. prov. 1910 di Perugia. IV. 145—173.
19. Derselbe, Sull'anatomia patologica della demenza precoce. Ann. di Freniatr. XXI. fasc. 2. p. 97.
20. Beaussart, Débilité morale avec simulation surajoutée ou démence précoce? Arch. de Neurol. 9. S. T. II. p. 177. **(Sitzungsbericht.)**
21. Becker, Ein neues Hilfsmittel in der Diagnosenstellung der progressiven Paralyse. Medico. No. 26.
22. Beisele, P., Über die Reaktion des Harnes bei Paralyse mit Liquor Bellostii. Münch. mediz. Wochenschr. No. 1. p. 26.
23. Bellini, G., Contributo clinico alla paralisi progressiva giovanile. Ann. di Freniatria. 1910. XX. fasc. 4.
24. Benon, R., L'amnésie dans la paralysie générale. Gaz. des hôpitaux. No. 88. p. 1315.
25. Berndt, Dementia praecox mit psychischem Feminismus. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. 1910. XIV. 1. Teil. 141.
26. Bertelsen, E., und Bisgaard, A., Resultate objektiver Ausmessung der biologischen, cytologischen und chemischen Reaktionen in der Cerebrospinalflüssigkeit, besonders bei Paralytikern; sowie Beschreibung einer neuen chemischen Reaktion in der Spinalflüssigkeit. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatr. Originale. Bd. IV. H. 3. p. 327.
27. Bianchini, L., Paralisi progressiva e sifilide, revista sintetica. Manicomio 1910. XXVI. 117—137.
28. Bielschowsky, Max, Zur Kenntnis der Alzheimerschen Krankheit (präsenilen Demenz mit Herdsymptomen). Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. (Ergänzungsh.) p. 273.
29. Bleuler, E., Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. Abt. 4. 1. Hälfte. Leipzig-Wien. Fr. Deuticke.
30. Bonfiglio, Über die Resultate der Wassermannschen Reaktion bei Tabes und progressiver Paralyse. Neurol. Centralbl. p. 1081. **(Sitzungsbericht.)**

31. Bonhöffer, Therapie und Diagnose der progressiven Paralyse. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 715.
32. Briggs, L. V., Recent Researches in Mental Medicine, Especially in the Etiology and Treatment of Dementia Praecox and General Paralysis. Lancet-Clinic. Jan. 28.
33. Bumke, O., Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 48. p. 450.
34. Butenko, Zur Frage der Sensibilitätsstörungen bei progressiver Paralyse. Korsakoffsches Journal. 1910. Roth-Festschrift.
35. Calvi, L., Contribution à l'étude de la paralysie générale post-traumatique (étude-clinique et médico-légale). Thèse de Bordeaux.
36. Candler, J. P., Wassermann Reaction in General Paralysis. The Control of a Series of Wassermann Reactions in Cases of General Paralysis by Postmortem Examination. The Lancet. II. p. 1320.
37. Canestrini, Silvio, Über einen seltenen paralytischen Anfall und über die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit bei den metaluetischen Erkrankungen. Mitt. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. No. 1.
38. Capgras, J., Ecrits et poésies d'une démence précoce. Revue neurol. 1. S. p. 657. (Sitzungsbericht.)
39. Cesbron, Accidents syphilitiques cutanés ou muqueux au cours de paralysis générales en évolution. Ann. des mal. vén. 1910. T. V. No. 12. p. 932—941.
40. Cestan et Pujol, Grossesse et paralysie générale conjugale. Toulouse médicale. 1910. p. 206.
41. Chaillou, A., Taille et type morphologique chez les paralytiques généraux. La Clinique. No. 20. p. 305.
42. Charpentier, René, et Barré, André, Trois cas de paralysie générale de longue durée. Revue neurol. I. S. p. 276. (Sitzungsbericht.)
43. Chaslin et Séglas, Intermittence et démence précoce. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 3. p. 215.
44. Ciuffini, P., Studio clinico ed anatomo-patologico sulla dementia paralytica post tabem. Il Policlinico. Sez. méd. XVIII. p. 161.
45. Cochrane, A., Case of General Paralysis. Indian Med. Gazette. Nov. XLVI.
46. Cohn, Hans, Ist die Harnreaktion mit Liquor Bellostii spezifisch für progressive Paralyse? Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. H. 2. p. 15.
47. Coleburn, Body Temperature in Paralytic Dementia. Amer. Journ. of Insanity. 1910. p. 551.
48. Costantini, F., Nuovo contributo allo studio clinico della „dementia praecocissima". Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 305.
49. Crutel, Les états mélancoliques dans la paralysie générale. Thèse de Paris.
50. Damaye, Confusion mentale avec idées délirantes polymorphes à évolution démentielle. Installation lente du syndrôme paralysie générale. Autopsie. Revue de Psychiatrie. XII. No. 12.
51. Demay et Bonhomme, Paralysie générale à évolution rapide. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. Vol. III. p. 55. (Sitzungsbericht.)
52. Demoulin, Traumatisme et paralysie générale. Arch. de Neurol. Vol. I. 9. S. p. 96. (Sitzungsbericht.)
53. Diller, Theodore, Report of a Juvenile Case of Paresis. The Cleveland Med. Journ. Vol. X. No. 3. p. 221.
54. Ducci, J., Parálisis general. Rev. méd. de Chile. 1910. XXXVIII. 359—366.
55. Ducosté, Maurice, Délire à base d'interprétations délirantes chez un dément précoce. Revue de Psychiatrie. 1910. T. XIV. No. 6. p. 234.
56. Dunlap, Charles B., Relationship Between General Paralysis and Some Forms of Late Cerebral Syphilis. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 38. p. 486. (Sitzungsbericht.)
57. Dunton, W. R., The Intermittent Forms of Dementia praecox. Amer. Journ. of Insanity. 67. 257.
58. Dupré, E., et Fouque, Paralysie générale infantile. Revue neurol. I. p. 533. (Sitzungsbericht.)
59. Eppelbaum, Vera, Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox (Schizophrenie). Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 6. p. 763.
60. Ermakow, J., La démence précoce pendant la guerre. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 142.
61. Fano, C. da, Anatomia patologica della paralisi progressiva. (Rivista critica.) Osp. magg. Riv. scient.-prat. d. di Milano. 1910. V. 50. 82.
62. Fisher, E. D., Relationship of Tabes to General Paralysis. New York State Journ. of Medicine. Oct. 11.



63. Fisher, Edward D., General Paresis, Tabes and Syphilis of the Nervous System. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 27. p. 2134.
64. Frankhauser, K., Über die Unterarten der Dementia praecox an der Hand Ursteinscher Fälle. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI. H. 2. p. 263.
65. Fromm, Progressive Paralyse eines 16 jährigen Knaben. Münch. Mediz. Wochenschr. 1912. p. 390. **(Sitzungsbericht.)**
66. Fuchs, W., Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psych.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 45. p. 424.
67. Derselbe, Pupillenstörungen bei Dementia praecox. ibidem. XIII. Jahrg. H. 18. p. 175.
68. Geerts, Cas de paralysie générale avec atrophie cérébelleuse. Journal de Neurologie. p. 112. **(Sitzungsbericht.)**
69. Giljarowsky, W., Ein anatomischer Beitrag zur Frage über die Beziehungen der progressiven Paralyse zu der Gehirnsyphilis. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI. H. 1. p. 21.
70. Grøndahl, Nils Backer, Histo-patologiske undersøkelser over paralysis generalis, andre psykoser og organiske lidelser i centralnervensystemet. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 3. p. 225.
71. Halberstadt, Hallucinations lilliputiennes dans un cas de démence précoce au début. Arch. de Neurol. Vol. I. 9. S. Févr. p. 69.
72. Hannard et Gayet, De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du nord (1871—1909). Annales médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 2—3. p. 200. 403. T. 14. p. 36.
73. Harper-Smith, P. H., Dementia praecox. Arch. of Neurology. **5.** 148.
74. Harrington, A. H., Dementia praecox. Providence Med. Journ. XII. 52—66.
75. Heffernan, P., A Case of General Paralysis of the Insane in a Native Town of India. Indian Med. Gaz. XLVI. 17.
76. Hermann, J. S., Über linksseitigen kontinuierlichen Krampf des Zwerchfells im letzten Stadium der progressiven Paralyse, begleitet von konvulsiven Zuckungen der ganzen linken Seite. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 3. p. 392.
77. Herzog, Hermann, Ueber vasomotorisch-trophische Störungen bei Dementia praecox. Inaug.-Dissert. Würzburg.
78. Hoch, A., On Some of the Mental Mechanisms in Dementia praecox. Journ. Abnorm. Psychol. V. 255—273.
79. Hollaender, P. Mlle, Démence précoce infantile. (Dementia praecocissima.) Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. No. 2—5. p. 97. 184. 220. 294.
80. Holmes, V., Dementia Praecox and Scientific Research. Medical Fortnightly. Nov. 10.
81. Husler, 4 jähriges Mädchen mit Dementia hebephrenica. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1376. **(Sitzungsbericht.)**
82. Hyslop, T. B., General Paralysis of Insane. Med. Press and Circular. Nov. 1.
83. Isham, M. K., Dementia praecox. Womans Med. Journ. Aug.
84. Jelliffe, S. E., Predementia Praecox: The Hereditary and Constitutional Features of the Dementia Praecox Make-Up. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Jan. Vol. 38. No. 1.
85. Jourdan, Et., Sur certaines formes de paralysie générale traumatique. Journal de Neurologie. No. 7. p. 130.
86. Juarros, C., Existe una parálisis general tuberculosa? Archivos españoles de Neurologia. **2.** 45.
87. Judin, T. J., Über die Form der Geisteskrankheiten, welche in der Familie der progressiven Paralytiker vorkommen. Ssowremennaja psichiatrija. Jan./Febr.
88. Jüsgen, Ein Fall von progressiver Paralyse im Anschluss an Unfall unter den Anfangserscheinungen der Hysterie. Neurol. Centralbl. No. 5. p. 241.
89. Kahn, Pierre, et Bloch, Marcel, Paralysie générale chez un saturnin avec réaction de Wassermann. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 141. **(Sitzungsbericht.)**
90. Kalapos, J., Ein Fall von konjugaler Paralyse. Sitzungsber. d. neurol. Sekt. d. kgl. ungar. Aerztever. 19. Juni.
91. Karpas, M. J., and Poate, E. M., Dementia praecox with Tabes to be Differentiated from General Paralysis, Tabetic Form. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 485. **(Sitzungsbericht.)**
92. Kerner, Nadeschda, Zur Mortalität der Dementia praecox. Psychiatr. neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 43. p. 401.
93. Kiewe-Nebenius, Osteomalacie und Dementia praecox. Medizin. Klinik. No. 52. p. 2022.
94. Kimura, O., Neurofibrillen in der menschlichen Hirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen derselben bei der progressiven Paralyse. Neurologia. Bd. X. H. 4—10. (japanisch.)



95. **Kirchhoff**, Ist die Paralyse eine moderne Krankheit? Eine historisch-kritische Studie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 1. p. 125—152.
96. Derselbe, Nachtrag zu dieser Studie. ibidem. p. 410.
96. **Knapp**, Philip Coombs, The Early Symptoms of General Paralysis. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. No. 9. p. 513.
97. **Koch**, W., Chemical Studies of the Brain in Cases of Dementia Praecox. Journ. of Experim. Medicine. March.
98. **Kraepelin**, Fall jugendlicher progressiver Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 114. **(Sitzungsbericht.)**
99. **Kure**, S., Progressive Paralyse. Neurologia. Bd. X. H. 7. (japanisch.)
100. **Labbé**, Henri, et **Gallais**, Alfred, Urologie des paralytiques généraux. Les échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux aux trois périodes classiques et à la période pré-mortelle. Revue de Psychiatrie. Bd. XV. H. 2. p. 70—78.
101. **Ladame**, Ch., Paralysie générale, syphilis cérébrale diffuse ou psychose artériosclérotique. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 4. p. 265.
102. **Lafora**, Gonzalo R., Beitrag zur Histopathologie des Rückenmarkes bei der Dementia arteriosclerotica und senilis. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 1. p. 1.
103. **Laignel-Lavastine**, Paralysie générale simulant une démence par lésions circonscrites. Revue neurol. 2. S. p. 452. **(Sitzungsbericht.)**
104. Derselbe et **Fay**, H., Eruption bulleuse des extrémités chez un paralytique général. ibidem. I. S. p. 410. **(Sitzungsbericht.)**
105. Derselbe, **Kahn**, Pierre, et **Benon**, Démence et hémiparésie par ramollissements multiples d'origine syphilitique simulant la paralysie générale. ibidem. 2. S. p. 806. **(Sitzungsbericht.)**
106. Derselbe et **Pitulesco**, Pierre, La déformation globuleuse homogène de certains éléments nerveux dans le vermis des paralytiques généraux. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 6. p. 214.
107. Dieselben, La déformation globuleuse homogène de certaines fibres nerveuses du cervelet des paralytiques généraux. (Seconde note.) ibidem. T. LXX. No. 12. p. 483.
108. Dieselben, Lésions des neurofibrilles du cervelet chez les paralytiques généraux. L'Encéphale. No. 5. p. 451.
109. **Landsberger**, Fr., Lues cerebri und progressive Paralyse, ein klinischer und anatomischer Beitrag. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. No. 2. p. 147.
110. **Langelaan**, J. W., Over dementia paralytica. Med. Weekbl. XVIII. 81—85.
111. **Laurent**, A., Arriération mentale et démence précoce. Revue neurol. 2. S. p. 297. **(Sitzungsbericht.)**
112. **Lépine**, Jean, Paralysies générales rapides. Le Progrès médical. No 47. p. 573.
113. **Le Quéré**, Les fugues chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris.
114. **Leroy**, Paralysie générale juvénile chez une jeune fille de 19 ans. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 307. 372. **(Sitzungsbericht.)**
115. Derselbe, Présentation des dessins d'un dément précoce avec état maniaque. ibidem. 1912. 10. S. T. III. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
116. **Libert** et **Hamel**, Rémission incomplète au cours de la paralysie générale. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 307. **(Sitzungsbericht.)**
117. **Ljubuschin**, A. L., Ein Fall von progressiver Paralyse der Irren im kindlichen Alter. Obosr. psich. No. 12.
118. **Lorenz**, W. F., Manic Depressive Insanity. Then Syphilis. Later General Paralysis. Medical Record. Vol. 80. No. 20. p. 974.
119. **Lückerath**, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 3. p. 312.
120. **Lugiato**, L., e **Lavizzari**, G. B., La funzione circolatoria nei dementi precoci. Prima nota. Ricerche sfigmomanometriche e sfigmografiche. Giorn. di Psichiatria clin. 1910. Vol. XXXVIII. fasc. 1—4.
121. **Lugiato**, L., e **Lavizzari**, G. B., La funzione circolatoria nei dementi precoci. Sui rapporti tra lo sviluppo dell'apparato cardiovascolare e la capacità funzionale cardiaca. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 3. p. 631.
122. **Mabille** et **Perrens**, Les transformations évolutives dans la paralysie générale et les idées de suicide chez les paralytiques généraux. Revue neurol. 2. S. p. 296. **(Sitzungsbericht.)**
123. **MacCarthy**, William, Hilgrove Leslie, The Early Diagnosis of General Paralysis. The Dublin Journ. of Med. Science. 3. S. Aug. p. 81.
124. **Maillard**, G., et **Le Maux**, Paralysie générale précoce avec suggestibilité d'apparence catatonique. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 138. **(Sitzungsbericht.)**
125. **Marcuse**, Fall von ungewöhnlich hochgradiger und langdauernder Sprachstörung bei Paralyse. Neurol. Centralbl. p. 952. **(Sitzungsbericht.)**



126. Marie, A., et Beaussart, Paralysie générale conjugale et descendance des paralytiques généraux. La Clinique. No. 5. p. 75.
127. Markus, Otto, Über Assoziationen bei Dementia praecox. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 344.
128. Martin, Etienne, Rousset et Lafforgue, Fugues et impulsion dans la période prodromique de la démence précoce. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 346.
129. Martini, G., Un caso atipico di paralisi progressiva riscontrato istologicamente. Riv. di patol. nerv. e ment. XVI. No. 7. p. 407.
130. Mattauschek, E., und Pilcz, A., Beitrag zur Lues-Paralyse-Frage. (Erste Mitteilung über 4134 katamnestisch verfolgte Fälle von luetischer Infektion.) (Vorläufige Mitteilung.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 8. H. 2. p. 133.
131. May, James V., The Laboratory Diagnosis of General Paresis. Archives of Internal Medicine. Vol. 8. No. 2. p. 183.
132. Mayer, Wilhelm, Zur Prognose der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. München.
133. Mc Campbell, Studies on the Clinical Diagnostic of General Paralysis of the Insane. Journ. of Med. Research. XX. 1910. No. 1.
134. Meyer, Adolf, The Nature and Conception of Dementia praecox. Journ. of Abnorm. Psychol. V. 274—285.
135. Derselbe, Jelliffe, Smith Ely, and Hoch, August, Dementia praecox. Boston. R. G. Badger.
136. Mikulski, Ant., Démence précoce, acromégalie atypique. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 4. p. 324.
137. Miller, H. W., and Achúcarro, N., Report of a Case of Juvenile Paresis. Am. Journ. of Insanity. LXVII. 559—570.
138. Mirallié, Charles, Paralysie générale et tremblement parkinsonien. Gaz. méd. de Nantes. No. 14. p. 268—271.
139. Mönkemöller, Zur Geschichte der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. V. H. 4. p. 500.
140. Moreira, Juliano, et Penafiel, Carlos, La paralysie générale au Brésil. Rio Grande medico. No. 4. p. 60.
141. Morselli, A., La reazione del Wassermann raffrontata nel liquido cefalo-rachidiano e nel sangue dei paralitici. Pathologica. 3. No. 66. 387.
142. Müller, F., Ein Fall von Paralyse mit innervatorischer Apraxie und apraktischer Agraphie. Psych. en neurol. Bladen. 15. 164.
143. Näcke, P., Die Dauer der postmortalen mechanischen Muskelerregbarkeit bei chronischen Geisteskranken, speziell Paralytikern. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VII. H. 4. p. 424.
144. Nageotte, J., A propos de la note de M. M. Laignel-Lavastine et Pierre Pitulesco, intitulée: „La déformation globuleuse homogène de certains éléments nerveux dans le vermis des paralytiques généraux." Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXX. No. 7. p. 217.
145. Nelken, Jan, Psychologische Untersuchungen am Dementia praecox-Kranken. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18. H. 5. p. 174.
146. Nicolauer, Zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Berliner klin. Wochenschrift. p. 363. (Sitzungsbericht.)
147. Nouët, Henri, La presbyophrénie de Wernicke et les psychopolynévrites. L'Encéphale. No. 2. p. 141.
148. Olinto, P., O diagnostico differencial entre algunos casos de demencia precoce com loucura maniaco-depressiva. Arch. brasil. de Psychiatria. 7. 123.
149. Olivier et Boidard, Les états de mal dans la paralysie générale. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 2. p. 60—69.
150. Panichi, Sui tremori. (Il tremore nella paralisi progressiva.) Tommasi. Bd. VI. H. 20.
151. Pappenheim, M., Über die Polynukleose im Liquor cerebrospinalis, insbesondere bei der progressiven Paralyse. (Mit einem Beitrag zur Kasuistik der Strangulationspsychosen.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 3. p. 267.
152. Parhon, C., et Urechia, C., Sur un cas de paralysie générale juvénile. Journal de Neurologie. No. 21. p. 401.
153. Parkinson, J. Porter, Case Resembling General Paralysis of the Insane. Proc. of Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 1. Sect. for the Study of Disease in Children. p. 1.
154. Pascal, C. Mlle, La démence précoce. Etude psychologique, médicale et médico-légale. Paris. Félix Alcan.
155. Derselbe, La démence précoce. Etude clinique et médico-légale. Revue de Médecine. No. 4. p. 304.



156. Pasturel, Dessins anatomiques et conceptions médicales d'un dément précoce. L'Encéphale. No. 4. p. 358.
157. Petrazzani, Pietro, Un caso eccezionale di paralisi progressiva. Guarigione con difetto. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. XXXVII. fasc. 4. p. 1043.
158. Petroni, G., Una osservazione sperimentale sul tono muscolare nella demenza precoce. Note e riv. di psichiat. 1910. 3. s. III. 394—398.
159. Pfersdorff, Ueber die Verlaufsarten der Dementia praecox. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXX. H. 3. p. 159.
160. Pierret, A., Troubles de la mimique chez les paralytiques généraux. Revue de Médecine. No. 10. p. 624.
161. Pilcz, Alexander, Klinik der arteriosklerotischen Geistesstörungen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 5—8. p. 305. 382. 443. 509.
162. Derselbe, Zur Prognose und Therapie der Paralysis progressiva. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. (Originale.) Bd. IV. H. 4. p. 457.
163. Plaut, F., und Göring, M. H., Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 37. p. 1959.
164. Polvani, F., L'arresto e l'intoppo rappresentato uno stesso stato patologico? Indagini sperimentali e considerazioni patogenetiche sulla tensione muscolare. Riv. di Psich. IV. H. 4.
165. Pope, C., A Case of Syphilis Followed by Paresis. New York Med. Journal. April. 15.
166. Preisig, Paralysie générale, syphilis cérébrale diffuse ou psychose artériosclérotique? Revue méd. de la Suisse Romande. No. 5. p. 330.
167. Rad, v., Kombination von Tabes und Paralysis bei einem Mann. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2309.
168. Derselbe, Dementia praecox. ibidem. 1912. p. 95.
169. Raviart, Hannard et Gayet, Paralysie générale et tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord (1871—1909). Echo méd. du nord. 1910. XIV. 601—606.
170. Régis, E., La question de la paralysie générale traumatique au point de vue médico-légal. Journ. de Neurol. p. 345. und L'Encéphale. No. 6. p. 547.
171. Rehm, O., Ein Fall von Dementia praecox in der Kindheit. Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger. No. 1—2. p. 19. 25.
172. Rieth, Fall von juveniler Paralyse. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2585. (Sitzungsbericht.)
173. Rittershaus, E., Frühsymptome der Dementia praecox. Zeitschr. f. die Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 412.
174. Derselbe, Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 750. (Sitzungsbericht.)
175. Riva, Emilio, Contributo allo studio delle forme cliniche attribute alla demenza precoce e dei loro esiti. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 3. p. 820.
176. Robert, F., La pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse. Thèse de Bordeaux.
177. Robinson, G. W., Etiology and Treatment of Dementia Praecox. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Nov.
178. Romano, A., Sulla genesi degli epifenomeni parossistici nella paralisi progressiva. Incurabili. 1910. XXV. 289. 364.
179. Ronco, G., Contributo alla teoria degenerativa della demenza precoce. Il Morgagni. No. 1. p. 19.
180. Roubinovitch, La démence précoce. Le Progrès médical. No. 10. p. 117.
181. Rousset et Puillet, P., Un cas d'hypothermie prolongée chez un paralytique général. Revue neurol. No. 3. p. 167.
182. Rüdin, Zur Frage der gleichartigen Vererbung bei Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 115. (Sitzungsbericht.)
183. Rudnew, Dementia praecox paranoides. Eine psychologische Untersuchung. Neurol. Bote. (russ.) 18. 868.
184. Saito, T., Über den Optikusbefund bei Dementia paralytica. Neurologia. Bd. X. H. 7—10. (japanisch.)
185. Saiz, G., Dementia praecox und Paranoia hallucinatoria chronica. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 444.
185a. Salerni, A., Sul tracciato miografico del riflesso rotuleo nella demenza precoce ed in altre psicopatie. Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Band 38. Ferrara.
186. Sasaki, H., On the Ages and Heredity of Dementia praecox. Sei-i-Kwai M. Journ. 1910. XXIX. No. 10.
187. Scheer, W. M. van der, Een geval van hydrocephalus internus by een lyder aan Dementia paralytica waar vele der symptomen deder deuken aan het bestaan van een haematoma subdurale. Psych. u. Neurol. Bl. 4 u. 5.



188. Schmid, Hans, Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen bei geheilten Dementia praecox Kranken. Ein Versuch, Formen von akuter Verwirrtheit als Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins von der Katatonie abzutrennen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI. H. 2. p. 125.
189. Schoeffer, H., Le ramollissement cérébral. Paris. Steinheil.
190. Schönfeld, Zwei Fälle von juveniler Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. p. 731. (Sitzungsbericht.)
191. Schönhals, P., Über atypischen Verlauf der Wassermann-Reaktion bei einem Falle von anatomisch-pathologisch sicherer Paralyse. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIX. H. 2. p. 125.
192. Schroeder, E., Entwicklungsstörungen des Gehirns bei Dementia praecox. Ein Beitrag zur Frage der Aetiologie dieser Psychose. Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie. Bd. IV. H. 2. p. 194.
193. Schrottenbach, Leukozytose im paralytischen Anfalle. Wiener klin. Wochenschr. p. 1322. (Sitzungsbericht.)
194. Schultze, Ernst, Juvenile Paralyse. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1912. p. 293.
195. Schuppius, Zur Dienstbeschädigungsfrage bei progressiver Paralyse. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 11. p. 425—435.
196. Schwartz, Willy, Liquor Bellostii als spezifisches Harnreagens bei Paralysis progressiva. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 1. p. 4.
197. Séglas et Logre, Des rémissions dans la démence précoce. Revue neurol. I. S. p. 407. (Sitzungsbericht.)
198. Selig, Paula, Beitrag zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
199. Sellers, L. R., Diagnosis and Treatment of Paresis. Journ. of Kansas Med. Soc. Aug.
200. Sibelius, Chr., Rückenmarksanomalien bei Paralytikern. Ein Beitrag zur Lehre von den inneren Degenerationszeichen. Beitr. z. patholog. Anatomie. Bd. 51. H. 2. p. 318.
201. Smith, L. L., Dementia Praecox and Alcoholism. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. p. 1310. (Sitzungsbericht.)
202. Derselbe, Mental Diseases in the Military Services, with Special Reference to Dementia Praecox. Military Surgeon. April.
203. Snessarew, Ein Fall atypischer progressiver Paralyse der Irren, verbunden mit Entwicklung von Fibrillennetzen des Bindegewebes in der Hirnsubstanz. Neurol. Centralbl. No. 11. p. 590.
204. Soltész, E., Über den Wert der Butenkoschen Urinreaktion bei der Paralyse. Budapesti Orvosi Ujság. 9. 143.
205. Soukhanoff, Serge, La démence précoce et la syphilis. Ann. médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 3. p. 377.
206. Southard, E. E., A Study of the Dementia praecox Group in the Light of Certain Cases Showing Anomalies or Sclerosis in Particular Brain-Regions. Amer. Journ. of Insanity. 67. 119.
207. Spielmeyer, Paralyse, Tabes, Schlafkrankheit. Ergebn. d. Neurol. u. Psych. I. p. 217.
208. Spielrein, S., Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox). Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forschungen. Bd. III. p. 329.
209. Stammberger, Heinrich, Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie, speziell der endogenen, bei der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. Erlangen.
210. Stargardt, Erkrankungen des Auges bei progressiver Paralyse. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1582.
211. Stern, Felix, Ueber die spezifische Bedeutung der Harnreaktion mit Liquor Bellostii bei Paralyse. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 9. p. 467.
212. Stucken, H. M., Über eine angeblich für progressive Paralyse charakteristische Reaktion im Harn (mit Liquor Bellostii). Münch. mediz. Wochenschr. No. 16. p. 855.
213. Suchanow, S., Über die Involutionspsychose (Psychosis praesenilis et dementia senilis. Dementia arteriosclerotica et post-apoplectica. Presbyophrenie Wernicke). Russ. Arzt. 38. 1457.
214. Timofejew, A., Dementia praecox pseudoparalytica. Revue f. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. (russ.). 16. 65.
215. Titus, Hermann, Die Bedeutung der Harnreaktion mit Liquor Bellostii bei progressiver Paralyse. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 12. p. 774.
216. Tomaschny, Beitrag zu den Urinuntersuchungen mit Liquor Bellostii. Psychiatr. neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 51. p. 476.
217. Tomasini, S., Le demenze originarie (dementia praecox di Kraepelin). Manicomio. 1910. XXVI. 1—18.



218. Trapet, A., und Wolter, F., Besitzt die Urinuntersuchung mit Liquor Bellostii einen diagnostischen Wert für die Paralyse? Psych.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 48. p. 448.
219. Trénel, Paralysie générale et tabès conjugal. Arch. de Neurol. 9. S. T. I. p. 372. **(Sitzungsbericht.)**
220. Derselbe, Rémission dans la paralysie générale. ibidem. p. 372. **(Sitzungsbericht.)**
221. Trenel, Paralysie générale sénile. Arch. de Neurol. 9. S. T. II. p. 177. **(Sitzungsbericht.**
222. Vigouroux, Kyste hydatique ossifié du cerveau chez un paralytique général. — Kystes hydatiques multiples du foie chez un paralytique général. — Kyste hydatique du rein chez un insuffisant rénal. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
223. Derselbe, Un suicide chez un paralytique général. ibidem. 9. S. Vol. I. p. 373. **(Sitzungsbericht.)**
224. Derselbe, Amnésie de fixation chez un paralytique général. ibidem. 1912. 10. S. Vol. I. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
225. Derselbe et Fourmaud, Paralysie de la 3e paire chez un paralytique général. ibidem. 9. S. Vol. I. p. 186. **(Sitzungsbericht.)**
226. Derselbe et Leroy, Paralysie générale associée. ibidem. 9. S. Vol. I. p. 308. **(Sitzungsbericht.)**
227. Volpi-Ghiradini, G., Sulla presenza di strie cicatriziali peudo-gravidiche in dementi precoci. Atti d. Soc. med. leg. in Roma. 1910. III. 87—93.
228. Wada, T., Beiträge zur pathologischen Anatomie einiger Psychosen. (Dementia praecox, senile Psychosen. Amentiaformen.) Arb. a. d. neurol. Inst., a. d. Wiener Univ. 1910. XVIII. 313—345.
229. Waschetko, N., Zur Frage der Veränderung des Blutes bei Paralysis progr. Obosr. Psych.
230. Weil, E., und Kafka, V., Weitere Untersuchungen über den Hämoglobingehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei akuter Meningitis und progressiver Paralyse. Medizin. Klinik. No. 34. p. 1314.
231. Dieselben, Über die Durchgängigkeit der Meningen, besonders bei der progressiven Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. No. 10. p. 335.
232. Westphal, A., Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 50. p. 468.
233. White, W. A., Dementia praecox. Arch. of Diagnosis. Oct.
234. Wiener, Otto, Die Reaktion des Paralytikerharnes mit Liquor Belostii. Prager Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 191.
235. Wohlwill, Friedrich, Zur Frage der traumatischen Paralyse. Archiv f. Psychiatrie. 1910. Bd. 47. H. 3. p. 1253.
236. Yawger, N. S., The Gross and Histologic Findings in Dementia paretica. Amer. Journ. of Insan. LXVII. 725—743.

A. Progressive Paralyse.

a) Allgemeines.

Mönkemöller (139) faßt das Ergebnis seiner literarischen Studien wie folgt zusammen:

Unter den Fällen, bei denen sich in den der Entdeckung der Paralyse vorausgehenden Jahrhunderten eine Diagnose festlegen läßt, tritt die Paralyse gegenüber den übrigen Psychosen ganz gewaltig in den Hintergrund. Es handelt sich nur um ganz vereinzelte Fälle, vor allem gegenüber der jetzigen Verbreitung der Paralyse.

Unter den theoretischen Werken, soweit sie über psychische und nervöse Krankheiten handeln, finden sich verhältnismäßig viel mehr Beschreibungen von Krankheitsbildern, die mit der Paralyse identisch sein könnten. Es mangelt auch durchaus nicht an Andeutungen dafür, daß die Paralyse zerstückelt und in anderen Krankheitsformen untergegangen ist. Es ist daher auch als durchaus möglich anzusehen, daß die praktischen Fälle, die gegenüber den theoretischen Schilderungen entschieden zu kurz gekommen sind, nicht ganz dem wirklichen Prozentsatze entsprechen, der für die Paralyse damals in Betracht kam.

Aber man mag alle die Fehlerquellen noch so hoch in Rechnung setzen, es bleibt dabei, daß die Paralyse damals nur in einem sehr be-



scheidenen Maßstabe bestand. Ein stärkeres Anschwellen scheint sich erst am Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts bemerkbar zu machen.

Und somit dürfte das Resultat dieser Arbeit, deren Wesen das Negative ausmacht, sich als weitere Stütze erweisen für die Annahme, daß das Anwachsen der Paralyse auf die zunehmende Zivilisation zurückzuführen sei.

Kirchhoff (95, 96) meint auf Grund historischer Daten, daß die Paralyse nicht nur eine moderne Krankheit ist; sie war wahrscheinlich schon seit dem Altertum vorhanden, auch im 19. Jahrhundert blieb sie aber lange unerkannt; seitdem scheint sie zugenommen zu haben, zum Teil gleichzeitig erst genauer beschrieben und erkannt. Daß es uns heutzutage ähnlich mit der Dementia praecox gegangen ist, verdient Beachtung.

Von historischem Interesse ist es, daß schon 1857 Esmarch und Jessen die Frage aufwarfen, ob nicht Syphilis die eigentliche Ursache der Dementia paralytica sei; ihre Fälle ohne Extremitätenlähmung waren wohl keine echten Paralysen, sondern nur auf Hirnsyphilis folgende Psychosen, aber ihr Verdienst, jene Frage angeregt zu haben, bleibt bestehen.

Anton (8) bespricht die folgenden Fragen:

1. Wer erkrankt an Paralyse?
2. Welche Symptome gestatten ein frühzeitiges Erkennen der Paralyse?
3. Welche Teile des Gehirnes und der Nervenachse sind am meisten getroffen? d. h. welche Nervenveränderungen liegen der Paralyse zugrunde?
4. Welche Symptome charakterisieren die fertige Krankheit?
5. Wie ist der Paralyse vorzubeugen, und wie ist sie zu behandeln?

Die Prophylaxe hat darin zu bestehen, daß man Rezidiven der Syphilis vorzubeugen und den Gesamtorganismus widerstandsfähig zu erhalten sucht. Bezüglich der Salvarsanbehandlung der Paralyse kommt Anton zu folgenden Schlüssen:

1. Die Kenntnis der Wirkung des Arsenpräparates nach Ehrlich-Hata auf die paralytischen Erkrankungen ist in den Folgen nicht abgeschlossen.

2. Eine günstige Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion tritt häufig, aber nicht immer ein. In einem geringen Prozentsatz verschwindet die Wassermann-Reaktion auf längere Dauer.

3. Die Anwendung des Mittels ist bei metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems nicht gefährlicher als bei anderen Erkrankungen. Eine besondere Gefahr für den N. opticus wurde bisher nicht konstatiert.

4. Es scheint, daß die wiederholte Anwendung einer schwächeren Dosis der einmaligen Anwendung einer stärkeren Dosis vorzuziehen ist.

In drei Fällen von 35 Paralytikern wurde eine erhebliche Remission beobachtet. Schwere Gehirnkrankheiten, Diabetes und Degeneration des Herzmuskels stellen eine Kontraindikation dar.

Der Vortrag **Aschaffenburg**'s (9) bringt dem Fachmann nichts Neues. Aschaffenburg rät am Schluß, in allen den Fällen, wo sich im mittleren Lebensalter bei einem Manne, der einmal Syphilis gehabt hat, ein verdächtiger Zusammenbruch der nervösen Spannkraft einstellt, mit der Wahrscheinlichkeit der Paralyse zu rechnen und zu veranlassen, daß der Kranke entweder ganz vom Dienst befreit oder in einem Dienstzweig beschäftigt wird, in dem seine Tätigkeit einer dauernden Beaufsichtigung unterliegt, und etwaige Unterlassungen nicht gleich unheilvolle Folgen nach sich ziehen müssen.

Spielmeyer (207) bespricht die Paralyse, die Tabes und die Schlafkrankheit, vorwiegend die Arbeiten aus den letzten sechs bis sieben Jahren berücksichtigend, und beleuchtet im besonderen die Beziehungen der Paralyse



und Tabes zur Schlafkrankheit. Er glaubt, daß bei den vielen Ähnlichkeiten der Trypanosomenkrankheiten und der syphilogenen Prozesse tatsächlich innere verwandtschaftliche Beziehungen eine Rolle spielen. Alles Nähere ist im Original zu lesen.

Fisher (63) bespricht die progressive Paralyse, Tabes und die Syphilis des Zentralnervensystems. Das Salvarsan ist bei den parasyphilitischen Erkrankungen so unwirksam wie Jod und Quecksilber, leistet aber gute Dienste bei der Lues cerebro-spinalis.

Plaut und **Göring** (163): Die Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern fanden an 54 Familien statt. Die Zahl der untersuchten Ehegatten betrug 46, die der untersuchten Kinder 100. Im ganzen sind 244 Geburten verzeichnet, davon 49 Aborte oder Totgeburten; 65 Kinder starben meist im frühen Alter. 62 Kinder hatten bei der Untersuchung das zehnte Lebensjahr noch nicht überschritten, so daß noch mit einer zukünftigen Lues heredit. tarda zu rechnen ist. Für den Umfang der Übertragungen der Lues auf die Angehörigen gaben die serologischen Untersuchungen die wichtigsten Anhaltspunkte. 26 von den Kindern reagierten sicher positiv. Bei den Ehegatten war die Reaktion positiv in 32,6%, und zwar in 31,6% der Frauen paralytischer Männer und in 37,5% der Männer von paralytischen Frauen. Eine Infektion ist aber sicher noch öfter erfolgt, da ein negativer Befund später positiv werden kann. Die positiv reagierenden Personen verteilen sich auf 62% der untersuchten Familien, so daß nur in 38% eine Übertragung der Syphilis auf keines der Angehörigen nachweisbar war. Von 38 Müttern reagierten zwölf positiv. „Als sicher infiziert von den zum Zeitpunkt der Untersuchung negativ Befundenen sind ferner alle Mütter mit positiv reagierenden Kindern anzusehen, denn es ist nach den Forschungsergebnissen der letzten Jahre nicht mehr zu bezweifeln, daß die Übertragung der Syphilis auf das Kind so gut wie ausnahmslos von der Mutter aus erfolgt, und daß jede Mutter zur Zeit, da sie ein luetisches Kind zur Welt bringt, selbst luetisch ist.“

Von den 100 Kindern waren körperlich bzw. psychisch 45 geschädigt, besonders häufig waren schwächliche Kinder mit allerlei psychopathischen Zügen; meist waren dabei die Kinder intellektuell recht gut veranlagt. Die klinischen Merkmale waren auffallend spärlich, z. B. nur dreimal Hutchinsonsche Zähne, zweimal Keratitis interstitialis. Der Abstand der Geburt von der Infektion des Vaters betrug, soweit er festgestellt werden konnte, einmal vier, zweimal sieben, einmal neun und einmal elf Jahre. Die Intervalle können also recht groß sein. Unter elf negativen Kindern mit einem Abstand unter zwölf Jahren waren sieben minderwertig, während acht jenseits dieser Grenze geborene gesund erschienen. Von präparalytischen oder bereits erkrankten Vätern stammten acht Kinder, von denen keines Besonderheiten bot. Doch war das älteste von diesen sechs Jahre, mithin noch kein abschließendes Urteil möglich. Konjugale Paralyse 0, konjugale Tabes einmal. Von 42 Frauen paralytischer Männer zeigten acht syphilidogene Symptome seitens des Zentralnervensystems. Auch hier meinen die Verff., daß nach fünf Jahren möglicherweise noch eine weitere Anzahl der Frauen erkrankt sein könnte. Bei sechs Kindern wurden luetische Prozesse des Zentralnervensystems angenommen. Da, wo beide Eltern syphilidogene Störungen des Nervensystems hatten (acht Familien mit insgesamt 13 Kindern), betrug die Minderwertigkeit der Kinder dieser Ehen 70% gegen 45% der Gesamtheit.

Die Abhandlung enthält noch eine Reihe interessanter Zahlen. Als Resultat ergibt sich, daß ein erheblicher Teil der Ehegatten und Kinder



als luetisch erkannt wurden. „Und was für die Paralytikerehen hier festgestellt wurde, gilt natürlich in gleicher Weise für die Luetikerehen überhaupt." Fast in keinem Falle ist behandelt worden. Jeder Arzt, so schließen die Verff., sollte es sich zum Grundsatz machen, die Untersuchung der Familie bei jedem seiner Patienten, der einmal Lues gehabt hat, zu veranlassen, und die Syphilidologen sollten schon bei Behandlung der Frühsymptome den Patienten für eine eventuelle spätere Ehe die Hinweise auf die Möglichkeit der Übertragung der Infektion und auf eine rechtzeitige serodiagnostische Untersuchung geben. (Referat aus d. Neurol. Centr. 1912 S. 64.)

Lépine (112) hat bei der großen Zahl von progressiven Paralysen, die er zu sehen Gelegenheit hat, den Eindruck gewonnen, daß nicht die Tendenz dieser Krankheit in neuerer Zeit zu längerem Verlauf vorherrscht, sondern eher das Umgekehrte der Fall ist und die rapiden Formen zunehmen, sogar auch bei den jugendlichen Kranken. (*Bendix.*)

Die Forschungen von **Hannard** und **Gayet** (72) betrafen die von 1871 bis 1909 in den Anstalten von Bailleul und Armentières internierten Fälle von konjugaler Taboparalyse. Im ganzen kamen im Asyl von Armentières 1820, in Bailleul 609 verheiratete Paralytiker zur Beobachtung. Darunter waren 16 Fälle von konjugaler Paralyse mit oder ohne Tabes. Es fanden sich noch sieben Fälle, bei denen der ebenfalls paralytische andere Ehegatte außerhalb der Anstalt lebte oder Zeichen beginnender Paralyse darbot. Die Krankengeschichten aller dieser Fälle werden in kurzer Fassung wiedergegeben; bei den meisten konnte überstandene Lues eines Ehegatten nachgewiesen werden. Trotzdem ist es auffallend, daß unter dieser großen Zahl meist früher syphilitischer Paralytiker nur etwa 25 Fälle konjugaler Paralyse zu finden waren. Es muß dieser Umstand den Verdacht erwecken, daß die Syphilis allein nicht die einzige prädisponierende Ursache für die progressive Paralyse abgeben könne, sondern daß höchstwahrscheinlich infolge von Degeneration bei hereditär psychopathischen Individuen die Erkrankung leichter zur Entwicklung gelangen kann. (*Bendix.*)

b) Ätiologie der progressiven Paralyse.

Stammberger (209): Der endogene Faktor (Heredität und krankhafte Veranlagung) spielt bei der Paralyse keine größere Rolle wie bei den anderen Psychosen; jedenfalls tritt dieser Faktor weit zurück gegen die vorausgegangene Lues, die sich in Verf.s Fällen schon anamnestisch bis über 80%, nun aber mit der Wassermannschen Reaktion, soweit die bisherigen Resultate sprechen dürfen, ausnahmslos nachweisen ließ.

Demnach kann man sich der Annahme von Dreyfus nicht anschließen, wonach wohl eine (kleinere?) Gruppe der Paralytiker auf vorhergegangene syphilitische Infektion zurückzuführen sei, wogegen der (größere?) Rest in ähnlicher Weise, wie andere Psychosen, auf rein endogener Basis entstehe.

Der Prozentsatz der vorher Luetischen unter den psychopathisch Belasteten und Veranlagten ist (im Gegensatz zu Dreyfus) ein so bedeutender, daß man auch bei ihnen die Syphilis nicht als schwächenden Faktor, als „eine akzidentelle Erscheinung" behandeln kann. Darf man jetzt einerseits aus der Tatsache einer vorliegenden Paralyse (wiederum im Gegensatz zu Dreyfus) so gut wie sicher die Folgerung ziehen, daß der Kranke Träger einer ererbten oder akquirierten Syphilis ist, so ist es andererseits (im Gegensatz zu Orchansky und Pilcz) nicht zulässig, der erblichen Disposition bei vorhandener Lues eine Art schützende Wirkung gegen die Erkrankung an Paralyse zuzusprechen.



Die Nachkommenschaft der Paralytiker scheint, wenn man von komplizierendem Alkoholismus usw. der Aszendenz absieht, weniger durch das endogen hereditäre Moment als infolge der hereditären Lues gefährdet zu sein.

Mattauschek und **Pilcz** (130) bearbeiteten katamnestisch das Material von 4134 Offizieren, die in den Jahren 1880—1900 mit einer syphilitischen Affektion in den Heeressanitätsanstalten in Behandlung gestanden hatten. Das Ergebnis ihrer Nachforschuugen fassen die Verff. in folgende Sätze zusammen:

1. Mindestens 4,67 % von syphilitisch Infizierten erkranken an progressiver Paralyse.

2. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Paralytiker betrifft Individuen, deren Lues a) ungewöhnlich leicht, d. h. ohne Rezidive verläuft, und dies trotz mangelhafter oder fehlender antiluetischer Therapie, b) nicht oder nur ganz ungenügend behandelt worden ist.

3. Wenngleich auch sehr gründliche Behandlung der Syphilis vor späterer Paralyse nicht schützt, so scheint ein Vergleich einer Serie von Syphilitikern mit mangelhafter Therapie und einer Serie von chronisch-intermittierend Behandelten zu ergeben, daß der Prozentsatz der davon später paralytisch Gewordenen ein wesentlich geringerer bei den letzteren ist. Keinesfalls kann eine energische Behandlung Luetischer durch vermeintliches Zurückdrängen der Rezidive in bezug auf spätere Nervenkrankheiten schaden. Es muß also im Gegenteil der möglichst sorgfältigen chronisch-intermittierenden Behandlung der Lues das Wort geredet werden.

4. Ein Einfluß der Syphilistherapie in bezug auf Länge des Intervalls zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse läßt sich nicht erkennen.

5. Eine fieberhafte Infektionskrankheit während der ersten Jahre nach der luetischen Infektion scheint bis zu einem gewissen Grade die Wahrscheinlichkeit einer späteren Erkrankung an Paralyse zu verringern.

Wohlwill (235): Alle Autoren stimmen darin überein, daß bei bestehender Paralyse ein Unfall das Leiden wesentlich verschlimmern, den Verlauf beschleunigen kann. Ein Trauma kann aber bei einem nicht mit Lues infizierten Menschen niemals eine Paralyse hervorrufen. In 9 Fällen des Verf., in denen auch bei Anlegung eines strengen Maßstabs der Zusammenhang zwischen Trauma und Paralyse nicht ohne weiteres abgelehnt werden konnte, war durchwegs die Wassermann-Reaktion im Serum positiv, ebenso im Liquor in den 6 Fällen, in denen eine Lumbalpunktion gemacht werden konnte. Dabei war unter den 9 Patienten nur bei einem Lues mit Sicherheit nachweisbar, zwei waren suspekt auf Lues, in den übrigen 6 Fällen war weder anamnestisch noch objektiv der geringste Anhalt für das Bestehen einer Lues vorhanden. Des ferneren fand Verf., daß bei den traumatischen Paralysen das Durchschnittsalter 39,4, bei den nichttraumatischen 40,8 Jahre betrug; diese Differenz erscheint ihm lange nicht erheblich genug, um daraus irgendwelche Schlüsse ziehen zu können. Die durchschnittliche Inkubationsdauer der Paralyse (Zeit zwischen Syphilis und Paralysebeginn) betrug bei den traumatischen Paralysen 14,1, bei den nichttraumatischen 14,1 bis 15,25 Jahre. Also auch hier kein wesentlicher Unterschied! Die Durchschnittsdauer des Leidens betrug bei den traumatischen Paralysen 2,45, bei den nichttraumatischen 2,58 Jahre. Also kann man nicht sagen, daß die Paralysen nach Trauma etwa stürmischer zu verlaufen pflegen als andere. Von einem der galoppierenden Paralyse ähnlichen rapiden Verlauf konnte Verf. unter seinen 63 traumatischen Fällen höchstens 1 mal (= 1,6 %) sprechen, während unter 183 nichttraumatischen Fällen 7 mal (= 3,8 %) diese Form vorkam. Bezüglich der Symptomatologie zeigten die traumatischen Paralyse-



fälle keinerlei Besonderheiten, insbesondere konnte eine häufigere Beteiligung des Rückenmarks nicht festgestellt werden, wie eine solche Gudden fand. Die traumatischen Paralysen zeigen — ebenso wie die nichttraumatischen — jene Wandlung des Krankheitsbildes im Laufe der Jahre, auf welche E. Mendel zuerst aufmerksam machte (Überwiegen der rein dementen Form). Alles in allem zeigt sich, daß die Kopfverletzung keinerlei Einfluß auf Entstehung der Paralyse auszuüben imstande ist: eine Paralyse bricht infolge eines Schädeltraumas nicht früher aus, als es sonst der Fall gewesen sein würde. Daß eine bestehende Paralyse durch ein Trauma verschlimmert werden kann, wird — wie oben bereits gesagt — allgemein anerkannt, und eine solche Verschlimmerung genügt ja auch schon für die Gewährung der Rente. „Dagegen muß man mit der Annahme einer Auslösung der Krankheit durch den Unfall sehr zurückhaltend sein und sie jedenfalls auf die wenigen Fälle beschränken, in denen auch bei Zugrundelegung strengster Bedingungen der Zusammenhang sehr nahe liegt."

Jourdan (85) berichtet über 3 Fälle, wo nach einem Trauma mit starker Hirnerschütterung ein paralytischer Symptomenkomplex auftrat. Jourdan wagt nicht zu entscheiden, ob es sich um eine wahre progressive Paralyse oder um diffuse Läsionen des Zerebrospinalsystems, welche ein paralytisches Syndrom erzeugen, handelt.

Régis (170): Der Sachverständige muß, wenn es sich um die Frage handelt, ob eine Paralyse Unfallfolge ist, folgende Punkte beobachten: 1. Bestand die Paralyse schon vor dem Trauma? 2. Wie war die Verletzung, ihre Natur, ihre Schwere, ihr Sitz, ihre unmittelbaren und mittelbaren Folgen? 3. Wie fing die Paralyse an, unter welcher Form und wie war ihr Verlauf? 4. Bestanden zwischen Trauma und Paralyse krankhafte Symptome, welche als Bindeglied zwischen beiden gelten können? 5. Welche anderen ätiologischen Faktoren kommen in Betracht, insbesondere bestand Syphilis? Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Paralyse und Trauma ist nur dann anzunehmen, wenn zur Zeit des Unfalls das betreffende Individuum durchaus gesund war, wenn der Unfall den Schädel traf oder eine starke allgemeine Erschütterung hervorrief, wenn zwischen Unfall und Paralysebeginn eine nicht zu kurze und nicht zu lange Zeit liegt (einige Monate bis 2 oder 3 Jahre im Mittel) und wenn eine Reihe allgemeiner posttraumatischer Symptome (Kopfschmerz, Asthenie usw.) die Zeit zwischen Trauma und Einsetzen der Paralyse ausfüllen. (Ref. vermißt die Anführung seiner Arbeit: „Das Trauma in der Ätiologie der Nervenkrankheiten", wo man den Gegenstand in durchaus gleicher Weise behandelt findet.)

Jüsgen (88): Es trat bei einem Manne, der in scheinbar voller Gesundheit ein Kopftrauma erlitt, im Anschluß an dieses eine Wesensveränderung auf, bald in Gleichgültigkeit, bald in wechselnden Affekten und in nervösen Klagen sich äußernd, wie sie bei Unfallneurasthenikern nicht selten ist. Auch die klinische Beobachtung bot zu Anfang viele Symptome der Hysterie, dagegen keinerlei sichere Zeichen einer Paralyse, so daß ohne die Hilfe der Blut- und Liquoruntersuchung die Diagnose über Wochen hin hätte unsicher bleiben müssen.

Schuppius (195): 1. Eine Paralyse kann durch dienstliche Einwirkungen nie verursacht, sondern nur in ihrem Ablauf beschleunigt, also nachweisbar verschlimmert werden. 2. Bestimmte körperliche und geistige Anstrengungen, allgemeine Einwirkungen des Militärdienstes, thermische Einflüsse, Infektionskrankheiten spielen keine nachweisbare Rolle. 3. Ein ursächlicher Zusammenhang im obigen Sinne ist nur zu finden zwischen Paralyse und schweren, mit Gehirnerschütterung einhergehendem Kopftraumen, in sehr seltenen Fällen



auch Rückenverletzungen und seelischen Erschütterungen, wenn nach dem Unfall erhebliche geistige Störungen auftraten oder sich von dem Unfall bis zu dem spätestens etwa 1—2 Jahre nachher erfolgenden Ausbruch der Krankheit kontinuierliche Erscheinungen verfolgen lassen.

c) Juvenile Form der Paralyse.

Parhon und **Urechia** (152) berichten über ein Mädchen mit juveniler progressiver Paralyse, durch Autopsie bestätigt. Beginn des Leidens mit 17 Jahren. Wassermann positiv, Lymphozytose im Liquor. Tod 4 Jahre nach Beginn der Krankheit an doppelseitiger Pneumonie. Persistenz der Thymus.

Diller (53) berichtet über einen Fall von juveniler Paralyse (20jähriger Mann, Vater hatte Lues).

d) Pathologische Anatomie.

Snesssarew (203) berichtet über einen atypischen Fall von progressiver Lissauerscher Paralyse mit zahlreichen apoplektischen Insulten und postapoplektiformen krampfartigen Zuckungen; pathologisch-anatomisch fielen Herdentwicklungen des fibrillar-retikulären Gewebes aus den fibrillären, perivaskulären Membranen, welche zu einer aneurysmatischen Erweiterung des Virchow-Robinschen Raumes führten, ins Auge.

Landsberger (109) berichtet über einen Fall von progressiver Paralyse, der auf die syphilitischen Hirnprozesse anatomisch untersucht wurde. Er konnte hier in einem Gesichtsfelde die bekannten echt tertiär-syphilitischen Veränderungen mit solchen der sog. Metasyphilis kombiniert beobachten; im Anschluß an den Fall geht Landsberger noch näher auf die anatomischen Beziehungen und Unterschiede dieser beiden Prozesse ein.

Landsberger glaubt nicht, daß es möglich sein wird, anatomisch eine scharfe Scheidung zwischen den syphilitischen und parasyphilitischen Prozessen durchzuführen und letztere als etwas Gesondertes und von den syphilitischen, in unserem erweiterten Sinne, Losgelöstes zu betrachten. Wenn man diesen Zusammenhang beseitigt, dann bleibt für die sogenannten parasyphilitischen Gewebsprozesse gar nichts mehr, was berechtigt, sie mit der Syphilis überhaupt in Verbindung zu bringen, und die Konsequenz wäre die auffallende Behauptung, daß die Paralyse nichts mit der Syphilis zu tun hat. Das wäre nach unseren klinischen Erfahrungen eine Verkehrung aller Tatsachen.

An der Hand eines eigenen, anatomisch untersuchten Falles kommt **Giljarowsky** (69) zu dem Schlusse, daß syphilitische Veränderungen des Zentralnervensystems in irgendwelcher Weise einem paralytischen Prozesse vorangehen oder denselben begleiten können, viel öfter, als man es anzunehmen pflegt. Wahrscheinlich findet ein solcher Zusammenhang in allen Fällen statt; bei dem jetzigen Stande unseres Wissens in der pathologischen Anatomie wird es sich aber nicht immer mit einer Sicherheit, die alle Zweifel beseitigen könnte, beweisen lassen. Diesem Umstand aber kann man eine allzu große Bedeutung infolge der Unmöglichkeit, anatomisch eine syphilitische Natur der meisten zweifellos syphilitischen Veränderungen festzustellen, nicht beilegen. Bestimmt weisen nur gummöse Neubildungen auf die Syphilis hin, sie kommen aber nur in wenigen Fällen zum Nachweise. Unter solchen Umständen kann die pathologische Anatomie Ergebnisse nicht verwerfen, welche andere verwandte Methoden beibringen. Wichtige Tatsachen liefern uns die serologischen Untersuchungen, die einerseits das Wesen der anatomischen Veränderungen erklären, andererseits einige Lücken in unseren anatomischen Kenntnissen ergänzen, welche für sich allein ungenügend wären,



um sicherzustellen, daß ein syphilitisches Gift in allen Fällen der Paralyse Nervenelemente beschädigt.

Laignel-Lavastine und **Pitulesco** (106) kommen zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Bei der progressiven Paralyse sind die Purkinjeschen Zellen des Kleinhirns weniger verändert als die Riesenpyramidenzellen der Großhirnrinde.

2. Neben normalen Purkinjeschen Zellen sieht man mehr oder minder veränderte.

3. Die neurofibrillären Läsionen sind im ganzen Kleinhirn zerstört; sie betreffen in verschiedener Intensität sowohl die verschiedenen Zellvarietäten wie auch die verschiedenen Zellen ein und derselben Varietät.

4. Die kleineren Zellen, wie z. B. die Golgischen, sind stärker betroffen als die großen, wie z. B. die Purkinjeschen Zellen, wie auch in der Großhirnrinde die polymorphen und kleinen Pyramidenzellen schwerer erkrankt sind als die großen Pyramiden- und Riesenzellen.

5. Die extrazellulären Fibrillen sind in normaler Zahl vorhanden.

Laignel-Lavastine und **Pitulesco** (107) beobachteten im Kleinhirnwurm bei Paralytikern eine fusiforme Schwellung des Achsenzylinders der Purkinjeschen Zellen. **Nageotte** (144) hatte diese Veränderungen bereits früher im Kleinhirn idiotischer Kinder (mit oder ohne Kleinhirnatrophie) beschrieben.

Sibelius (200) faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen, betreffend die Rückenmarksanomalien bei Paralyse, in folgende Schlußfolgerungen zusammen:

I. Es wurde das Rmk bei 24 Fällen von Paralysis progressiva und bei 15 „Vergleichs"-Fällen („Normalen") je in mehreren Segmenten auf Anomalien untersucht.

II. Das Vergleichsmaterial wies für die Form der SGR an Querschnitten des Rmks in dessen oberer Hälfte eine viel größere Variationsbreite auf, als gewöhnlich angenommen wird.

Es konnte bei den untersuchten Paralytikern meistens auch auf Variationen der Verteilung der Py-Bahnen auf Rmks-Querschnitt eingegangen werden. Die in den untersuchten Fällen von Paralyse meistens vorhandenen Py-Bahnendegenerationen ergaben nämlich die Möglichkeit, im Einzelfall der Verteilung dieser Bahnen auf S- und V-Strang nachzugehen. Es ließ sich nachweisen, daß das bei Paralytikern, auch bei Untersuchung einer größeren Zahl von Rmks-Höhen, relativ häufig gefundene Fehlen einer Degeneration im V-Strang bei vorhandener Markfaserndegeneration resp. Faserausfall in den PyS-Strangbahnen, von dem Fehlen oder minimaler Größe einer PyV-Strangbahn in den betreffenden Fällen herrührte.

III. Es fanden sich im Rmk bei 15 von den 24 Paralytikern Anomalien, welche bei meinem Vergleichsmaterial nicht zu finden waren und auch nach sonstigen Erfahrungen bei normalem Rmk sich nicht oder sehr selten finden. Derartige Anomalien waren Heterotopien der grauen Substanz in dem H-Strang, Sporn- resp. Zungenbildungen der H-Hörner, Aneinanderrücken der Clarkeschen Säulen innerhalb der verbreiterten hinteren Kommissur, die Seitenfurche im Zervikalmark. Denselben können noch zugerechnet werden in einem Fall Kolonienbildung der Spinalganglienzellen nebst zweikernigen derartigen Ganglienzellen.

Weiter fand sich bei dem Paralytiker-Rmk eine ausgesprochen größere Frequenz von Variationen resp. Anomalien, welche auch unter meinem Vergleichsmaterial (und teilweise auch von anderen Verfassern bei Normalen) gefunden wurden, wenngleich seltener als bei meinen Paralytikern. Hierher gehören die extramedulläre Gliabindegewebsgrenze der zervikalen H-Wurzeln,



das Eindringen der S-Stränge ins H-Horn, das Eindringen der H-Stränge von dorsomedialer Seite des H-Horns in dasselbe (durch die SGR), die Formvariationen der SGR. Hierher zu rechnen wären auch das Fehlen oder die minimale Größe der Py-VStrangbahnen einerseits, die außergewöhnliche Größe des Areals derselben Bahnen andererseits, von welchen Py-Bahnvariationen wenigstens die erstgenannten bei Paralytikern häufiger als bei Normalen vorzukommen schienen.

IV. Es konnte für die meisten der untersuchten RmksAnomalien eine genetische Analyse wenigstens einigermaßen durchgeführt werden.

V. Es ergab sich eine auffallende Auswahl in den Kombinationen der gefundenen Anomalien im Einzelfall.

In den Rückenmarken mit erheblichen CK-Störungen (zentralen Gliosen resp. Höhlenbildungen) kamen die übrigen Anomalien nur vereinzelt vor; dagegen waren die Fälle, wo diese übrigen Anomalien angehäuft vorkamen, von gröberen CK-Anomalien (zentralen Gliosen) frei.

Weiter fanden sich die Heterotopien, die Sporn- und Zungenbildungen nur in Fällen, wo auch Variationen resp. Anomalien phylogenetisch älterer (oder jüngerer) Richtung vorhanden waren; dagegen konnten Anomalien letzterer Art für sich im Einzelfalle bestehen.

Es konnten in demselben Falle Variationen sowohl in phylogenetisch jüngerer als älterer Richtung vorkommen.

VI. Die Befunde sprechen dafür, daß es sich bei den untersuchten Paralytikern zu nicht kleinem Teil um dysarchitektonische Rmks-Anlagen handelt, welche verschiedene Typen darstellen.

Die am häufigsten vorkommende war die „glio-neuro-dysarchitektonische" Rmks-Anlage. Sie war charakterisiert durch eine Labilität der für den Bau der architektonischen Verbände Richtung gebenden Kräfte, eine Labilität, die, wo sie weniger stark war, zu Variationen resp. Anomalien im phylogenetischen Bereich, und zwar nach zurückliegenden Formen hin, führte. So zu Juxtaposition der Clarkeschen Säulen, zu extramedullärer Lage der Gliabindegewebsgrenze der H-Wurzeln usw. Wo die Labilität stärker hervortrat, da konnten Bildungen entstehen, für welche, wie die Heterotopien, Sporn- und Zungenbildungen des H-Horns, keine phylogenetischen Vorbilder bekannt sind.

Weniger häufig, in nur vier Fällen, kam die dysarchitektonische fehlerhafte Rmks-Anlage vor, welche später Träger einer zentralen Gliose (resp. Höhlenbildung) wird. Bei diesen kommen Anomalien, welche dem glio-neuro-dysarchitektonischen Typus eigenartig sind, auffallend selten vor.

VII. Außer diesen beiden dysarchitektonischen Rmks-Anlagen fanden sich sehr selten, und zwar nur in einem Falle, Hemmungsbildungen in dem Sinne, daß die nervösen Einzelbildungen qualitativ oder quantitativ bedeutend zurückgeblieben resp. an Zahl erheblich vermindert, oder daß frühere Entwicklungsphasen fixiert waren. Es kamen in dem betreffenden Fall zweikernige Spinalganglienzellen und Kolonienbildung in den Spinalganglien vor.

VIII. Die glio-neuro-dysarchitektonischen Rmks-Anlagen bei unseren Paralytikern zeigten viel innigere Beziehungen zu einer klinisch nachweisbaren hereditären neuropathischen Belastung, als die dysarchitektonischen Rmks-Anlagen, welche später Träger von zentralen Gliosen resp. Höhlenbildungen wurden.

IX. Das auffallend häufige Vorkommen der Anomalien im Rmk bei Paralytikern, welche Anomalien bei den Normalen nicht oder sehr viel seltener gefunden wurden, spricht für das Vorhandensein irgendeiner endogenen Disposition bei den werdenden Paralytikern.



Dagegen läßt sich aus der Art und Kombination dieser Anomalien nichts Sicheres von der Art dieser Disposition schließen.

Nur soviel kann gesagt werden, daß ein in meinem Paralytikermaterial deutlich vorfindliches Fehlen von einem Parallelismus zwischen der Zahl der Anomalien einerseits und der Stärke der H-Strangsaffektionen resp. der Rmks-Affektionen im ganzen andererseits, schwer vereinbar ist mit der Annahme, daß eine bedeutende direkte, hauptsächlich in den gedachten Rmks-Anomalien sich kennzeichnende Disposition des Rmks für die betreffende Erkrankung vorhanden wäre. Dieser fehlende Parallelismus läßt sich dagegen besser vereinigen mit der Annahme irgendeiner allgemeinen Disposition des Organismus für Paralyse.

X. Als sicher ergab sich, daß die von mir studierten Anomalien in den H-Wurzeln und H-Strängen nebst den naheliegenden Rmks-Teilen nicht ohne weiteres als maßgebende Zeichen für eine lokale, stark verminderte Widerstandsfähigkeit des H-Stranges gegen beliebige Krankheitsprozesse anzusehen sind, wie es nicht selten angenommen wird. Diese Anomalien können sich auf mehr allgemeine Dispositionen beziehen.

Ciuffini (44) untersuchte 52 Patienten; bei 19 lag der anatomische Befund vor. 11,54 % waren weiblichen Geschlechts; 38,46 % erkrankten im Alter von 40—45 Jahren; nach dem 65. und vor dem 30. Lebensjahre bot keiner der beobachteten Tabeskranken die ersten Zeichen der Paralyse dar. Die meisten Patienten waren Arbeiter. Das Vorhandensein einer neuropsychopathischen erblichen Belastung war in der Tat bei 40,38 % der Fälle ganz sicher nachweisbar.

Was die Ätiologie anbelangt, so lag bei vielen Patienten Alkoholismus vor; auch Traumata des Schädels werden in vereinzelten Fällen in Betracht gezogen.

Was den zwischen dem Auftreten der tabischen und der paralytischen Symptome liegenden Zeitraum betrifft, so betrug er durchschnittlich 5 bis 6 Jahre. — Bei 13,46 % der Fälle fingen die paralytischen Erscheinungen mit einem apoplektiformen oder epileptiformen Anfall an; vorübergehende Hemiplegien kamen bei 5,77 % der Fälle vor. Mit dem Auftreten des paralytischen Symptomenkomplexes verschwanden die tabischen Schmerzen fast ausnahmslos.

Störungen der Augenmuskulatur wurden bei 29,92 % der Fälle und bei 38,46 % wurde eine Optikusatrophie beobachtet. Fazialislähmungen kamen bei 55,76 %, Akustikusläsionen bei 17,30 %, Olfaktoriusläsionen bei 9,65 %, Läsionen des IX. bei 5,77 % der Fälle vor; Arthropathien wurden bloß bei 3,84 % beobachtet. Was die Dauer der Krankheit anbelangt, so betrug die des paralytischen Stadiums zusammen etwa $7^1/_2$ Jahre.

Verf. hat in den verschiedenen Fällen eine sehr verschiedenartige Ausbreitung der paralytischen Veränderungen gefunden. (*Audenino.*)

e) Symptomatologie.

Knapp (96) untersuchte 100 Fälle von sicherer Paralyse auf ihre gegenwärtigen und ihre Frühsymptome hin (unter Benutzung genauer anamnestischer Daten). Er fand, daß die somatischen Erscheinungen, unter denen das Westphalsche Zeichen, Pupillenanomalien, Sprach- und Schreibstörungen die wichtigsten sind, früher und konstanter auftreten als die psychischen Erscheinungen, und daß die Paralyse in erster Linie eine somatische Erkrankung darstellt.

Benon (24): Zu allererst ist die paralytische Amnesie anterograd; später erst wird sie auch retrograd. Diese retro-anterograde Amnesie ist



im allgemeinen nicht eine lokalisierte, sondern eine diffuse. Ausnahmsweise kommt wohl auch lokalisierte Amnesie vor, dann aber in Abhängigkeit von einem Anfalle, und nicht von der Paralyse als solcher. Die paralytische Amnesie ist global oder generell; sie umgreift alle Erinnerungen, alle Repräsentationen, alle Ideen, ohne aber tief, komplett, total zu sein. In qualitativer Hinsicht ist die paralytische Amnesie zugleich eine Amnesie der Lokalisation, der Reproduktion und der Fixation. Alterationen der speziellen Gedächtnisqualitäten (visuelles, anditives usw. Gedächtnis) werden nicht beobachtet. Die Amnesie ist progressiv, definitiv und — vom Gesichtspunkt der Pathogenese — organisch oder destruktiv. An sich bietet die paralytische Amnesie keine pathognomonischen Charaktere. Dagegen ist sie begleitet von Störungen des Urteils und der Emotivität, wodurch ein pathognomonischer psychischer Status gegeben ist. Und gerade dieser psychische Status ist es, der in schwierigen Fällen die Differentialdiagnose zwischen der paralytischen und anderen organischen Demenzen ermöglicht, während den gewöhnlichen physischen Zeichen, weil sie außer bei der Paralyse auch noch bei der syphilitischen Demenz und gelegentlich auch bei der alkoholischen Demenz usw. beobachtet werden können, ein geringerer differentialdiagnostischer Wert zukommt. (Referat aus dem Neurol. Centr. 1912 S. 197.)

Olivier und **Boidard** (149) beobachteten unter 26 Fällen von Paralyse 3mal Iktus. In den beiden ersten dieser Fälle fand sich ein Morbus Brightii, der erst einige Wochen vor dem Iktus aufgetreten sein soll. Mit dem Abfall der Albuminurie und der Brightischen Symptome setzten die „états de mal" ein. Bei dem dritten Patienten traten zeitweilig Magenbeschwerden in den Anfällen auf. Ob diese beiden Erscheinungen zueinander in Beziehungen stehen, ist zweifelhaft. In zwei Fällen traten die Iktus gehäuft auf, und zwar in dem einen innerhalb einiger Stunden, in dem anderen innerhalb 14 Tagen. In einem Falle bestand während der Anfälle eine ausgesprochene Hyperthermie, die in den übrigen Fällen nicht erkennbar war. Die Therapie ist in solchen Fällen eher eine präventive als eine Kur.

Hermann (76) berichtet über einen Fall von progressiver Paralyse, bei dem während seiner letzten 3 Lebenstage kontinuierliche konvulsive Zuckungen des Diaphragmas mit Singultus beobachtet wurden. Zunächst stellten sich kontinuierliche Krämpfe in der ganzen linken Körperhälfte ein, zu denen dann Zwerchfellkrämpfe auf derselben Seite hinzukamen. Diese Beobachtung von halbseitigem Zwerchfellkrampf unmittelbar nach der Feststellung derselben in der gleichseitigen unteren Extremität legt den Gedanken nahe, daß in der Hirnrinde ein besonderes Zwerchfellzentrum vorhanden sein müsse, welches man in der Nähe des Zentrums der unteren Extremität zu suchen habe, und dessen Reizung die beobachteten einseitigen Zwerchfellkrämpfe bewirkt hat. Schließlich zeigte die Beobachtung — was von physiologischem Interesse ist —, daß der Singultus nicht nur durch Kontraktion des ganzen Diaphragmas, sondern auch durch eine Kontraktion der Hälfte desselben, wahrscheinlich auch durch partielle Kontraktionen in den einzelnen Bündeln des Diaphragmas, hervorgerufen werden kann.

Rousset und **Puillet** (181) berichten über den Fall eines Paralytikers, der im Endstadium seines Leidens Temperaturen von 36,0, 31,6, 29,5, 29,2 und kurze Zeit vor dem Exitus 29° bot. Puls etwa 70, Respiration 12 bis 13 in der Minute. Die Hypothermie, die wohl ihre Ursache in diffusen zerebralen Läsionen hat, und deren Auftreten wohl begünstigt wird durch Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion (Thyreoidea, Nebennieren), ist bei der Paralyse ein prognostisch ungünstiges Zeichen. Neben

warmen Getränken und Zuckersirup kommen therapeutisch die Organextrakte aus Schilddrüse und Nebennieren in Betracht.

Weil und **Kafka** (230): 1. Bei akuten Meningitiden und bei der progressiven Paralyse ist eine an dem Vorhandensein von Hammelbluthämolysinen im Liquor erkennbare Durchlässigkeit der Meningealgefäße vorhanden. 2. Bei akuter Meningitis ist fast immer (in elf von zwölf Fällen) das Gesamthämolysin (Ambozeptor und Komplement) im Liquor nachweisbar, der hämolytische Ambozeptor jedoch in allen Fällen. 3. Bei der progressiven Paralyse fehlt das Komplement im Liquor, nur der Ambozeptor ist in wechselnder Stärke vorhanden. 4. Da bei Paralytikern in der Mehrzahl der Fälle das Komplement auch im Blute stark vermindert ist, so ist damit zum Teile der Komplementmangel des Liquors erklärt. Da jedoch auch bei solchen Paralysen, welche im Blute reichlich Komplement besitzen, der Liquor frei davon ist, so muß die Veränderung der Meningealgefäße eine andere sein, als bei akuter Meningitis. 5. Der verschiedene Grad der Reaktion im Liquor scheint zum geringen Teile von der verschiedenen Stärke der Permeabilität der Meningealgefäße abhängig zu sein, sondern vielmehr von der Stärke der im Blute der betreffenden Menschen vorhandenen Hämolysine. 6. Die Reaktion wurde bei Paralyse in 93% positiv gefunden. Von den vier negativen Fällen fehlte bei dreien das Hämolysin im Blute, welche deshalb die Reaktion nicht geben konnten, beim vierten Falle konnte eine Untersuchung des Blutserums nicht vorgenommen werden. 7. Die Reaktion tritt bereits bei initialen Fällen auf.

Weil und **Kafka** (231) stellten 24 Fälle von Paralyse 20 Fällen von Nichtparalyse (Epilepsie, Dementia praecox, traumatica, senilis, einem Fall von Tabes und drei Luetikern) gegenüber. Bei 23 von den 24 Fällen von progressiver Paralyse = 97% zeigte sich die Permeabilität der Meningen etwa um das 10fache erhöht, und zwar anscheinend in jedem Stadium der Krankheit, bei Vorgeschrittenen nur quantitativ stärker. Gleichwohl finden sich beim Paralytiker ungefähr 100mal weniger Hämolysine im Liquor als im Blute. (Daraus läßt sich auch vermuten, daß es sich bei der Wassermannschen Reaktion im Liquor doch nicht um einen bloßen Durchschnitt von Antikörpern aus dem Blute handelt, sondern auch von Antigenen). Alle Kontrollfälle, also auch die Fälle von Tabes, Lues tertiaria und luetischen Herden, fielen negativ aus.

Pappenheim (151) unterzieht eine Arbeit Kafkas (Bd. I der Zeitschr. für die ges. Neur.) einer Kritik; letzterer hatte Einwände gegen Pappenheims Befunde, nämlich Zusammentreffen von Polynukleose im Liquor mit Anfällen bzw. Exazerbationen der Paralyse, gemacht. Pappenheim schließt wie folgt:

1. Im Liquor der Paralytiker findet sich nur selten eine Steigerung des Leukozytengehalts über 10—15% hinaus (Polynukleose).

2. Diese Polynukleose findet sich ungleich häufiger bei Anfällen oder Exazerbationserscheinungen als in Zwischenzeiten ohne akute Symptome.

3. Das verhältnismäßig häufige Zusammentreffen dieser Erscheinungen mit Temperatursteigerungen und Vermehrung der polynukleären Leukozyten im Blute spricht dafür, daß alle diese Erscheinungen durch die plötzliche Einwirkung einer größeren Menge des Paralysegiftes auf den ganzen Körper ausgelöst werden.

4. Es gibt sehr seltene Fälle von Paralysen mit einer längere Zeit hindurch bestehenden Polynukleose. Diese Erscheinung kann mit akuten Erscheinungen des Paralyseprozesses nicht in Zusammenhang gebracht werden.



Bertelsen und **Bisgaard** (26): Zusammenfassung.

1. Die Verdünnungsmethode ist der Nißl-Eßbachschen vorzuziehen, da sie schneller ist, weniger Spinalflüssigkeit erfordert und eine Fehlergrenze von nur 2,7% hat gegen eine Fehlergrenze bis zu 100%.

2. Phase I wird sehr genau durch die Verdünnungsmethode bestimmt. Diese zeigt einen normalen Wert der Phase I = 0 — 2. Phase I muß hiernach als wahrscheinlich unspezifisch angesehen werden, indem sie nur bei gewissen, namentlich metaluetischen Leiden erhöht wird. Nonnes Technik gibt weniger zuverlässige Resultate.

3. Unsere Untersuchungen geben keine Stützpunkte der Theorien über Abhängigkeitsverhältnisse zwischen einer der vier Reaktionen in der Spinalflüssigkeit. Wir fanden deutlichen Parallelismus zwischen der meningealen Infiltration in Medulla spinalis und Zellengehalt des Liquors.

4. Wiederholte Punktionen deuten auf recht konstante Eiweißmengen für den einzelnen Fall und auf Abhängigkeit derselben von dem klinischen Verlauf einer Paralyse hin mit etwas Tendenz zum Fallen gegen den Tod.

5. In der Spinalflüssigkeit kommen wenigstens drei wesensverschiedene Eiweißarten vor, wovon allenfalls zwei in Phase I gefunden werden können. Die Hauptmenge der Phase I ist häufig offenbar ein nicht globulinartiger Stoff. Die Bezeichnung Globulin ist außerdem theoretisch unstatthaft.

6. Die Formolreaktion gibt sehr feine Ausschläge, aber ist möglicherweise nicht spezifisch. Sie scheint angewendet werden zu können, wo die anderen chemischen Reaktionen und auch die Wassermannsche versagen. Sie wird in Phase II gefunden und kann möglicherweise für die Frage der Proteolyse großes Interesse haben.

Morselli (141) prüfte vier Paralytiker auf Wassermann: die Reaktion ist nach der Lumbalpunktion häufiger positiv. (*Audenino.*)

Wiener (234) hat nicht nur bei Paralytikern, sondern fast ebenso oft auch bei Gesunden die Butenkosche Harnreaktion mit Liquor Belostii positiv gefunden, ebenso bei organischen inneren Erkrankungen. Er kommt daher zu dem Schluß, daß die Reaktion des Harns mit Liquor Belostii keine spezifische Bedeutung hat, aber eine Begleiterscheinung marantischer Prozesse zu sein scheint. (*Bendix.*)

Schönhals (191) berichtet über einen Fall von klinisch und anatomisch sicherer progressiver Paralyse, bei dem die Wassermann-Reaktion sowohl im Blut wie in der Spinalflüssigkeit negativ war; die Nonnesche Eiweißreaktion war positiv, es bestand Lymphozytose. Der Fall gehörte zu den langsam progredienten Fällen (die Erkrankung zog sich über 20 Jahre hin); gerade bei diesen Fällen hat man — wie auch Plaut berichtet — schwache oder negative Reaktion in der Spinalflüssigkeit schon beobachtet. Die Gobulinreaktion und die Pleozytose wurden im vorliegenden Falle nicht vermißt; bei dem ziemlich konstanten Vorkommen dieser Reaktionen — nach Nonne Phase I in 100% der Paralyse, die Pleozytose in 97% — sollten alle 4 Reaktionen stets zusammen in Anwendung gebracht werden.

Die hohe Zahl — 84% — der positiven Reaktionen, welche Butenko im Urine der Paralytiker mittels seines Verfahrens feststellen konnte (Vermengen und Aufkochen des Urins mit Liquor Bellostii — Mercuronitratlösung — und Bildung eines grauen Satzes) und die angebliche Spezifizität dieser Reaktionen regten **Soltész** (204) zu gleichen Untersuchungen an. Die Schlußfolgerungen seiner Untersuchungen können in folgendem gegeben werden: Die Butenkosche Urinreaktion ist nicht spezifizisch; bei Paralytikern kann sie nur in einer geringen Zahl — 43,75% — als positiv



betrachtet werden, auch im Urine der Nichtparalytiker kann die Reaktion sehr häufig — 25 % — positiv ausfallen.

Candler (36) konnte in 80 Fällen, bei welchen die Diagnose „progressive Paralyse“ gestellt oder als möglich angenommen wurde, das Lumbalpunktat nach Wassermann untersuchen und später die Obduktion ausführen. Von diesen 80 Fällen zeigten 67 positiven Wassermann und bei der Untersuchung des Gehirns deutliche auf Paralyse deutende Veränderungen; nur bei 2 waren letztere vorhanden und Wassermann vorher negativ ausgefallen. In einem von diesen Fällen war die Zerebrospinalflüssigkeit erst 2 Monate vor dem Tode untersucht worden; das Blutserum gab hier positiven Wassermann, und nach dem Tode zeigte auch die Zerebrospinalflüssigkeit positives Resultat. Im zweiten Fall war die Untersuchung des Liquor, welcher übrigens vermehrten Lymphozytengehalt aufwies, erst 3 Monate vor dem Tode vorgenommen. In den übrigen 11 Fällen (von den 80) mit negativem Wassermann zeigte die Untersuchung des Gehirns das Bestehen einer andern Affektion als progressive Paralyse.

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtung zum Schluß, daß die Wassermannsche Untersuchung des Liquor von Geisteskranken, abgesehen von einigen seltenen Fällen von Lues des Zentralnervensystems, nur bei progressiver Paralyse positives Resultat ergibt. Lymphozytenwucherung im Liquor deutet auf organische Erkrankung des Zentralnervensystems hin, aber weder sicher auf Lues noch auf parasyphilistische Erkrankung. Positiver Wassermann des Liquor in Verbindung mit Lymphozytose deutet mit größter Wahrscheinlichkeit auf parasyphilitische Erkrankung, speziell auf progressive Paralyse.

In allen Fällen, die symptomatisch auf Paralyse deuten können, und in denen die Blutuntersuchung positiven Wassermann ergibt, soll auch der Liquor untersucht werden. Ist letzterer auch positiv, so ist die Diagnose einer vorliegenden Paralyse höchstwahrscheinlich geworden. Bei negativem Resultat ist der Liquor später nochmals zu untersuchen. (Referat aus dem Neurol. Centr. 1912, S. 262).

Beisele (22) stellte die Butenkosche Harnreaktion bei über 100 Kranken sowie Gesunden an. Unter den Kranken befanden sich 27 Fälle von Paralysis progressiva, klinisch einwandfrei festgestellt in verschiedenen Stadien, 6 Fälle von Tabes dorsalis, 20 Fälle von Lues verschiedener Organe.

Die übrigen Krankheitsfälle setzten sich zusammen aus Pneumonie, Polyarthritis, Carcinoma ventriculi, Carcinoma mammae, spinalen Affektionen, verschiedenen Geisteskrankheiten und anderen mehr.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Beisele zu dem Schlusse, daß der Reaktion in der Tat eine diagnostische Bedeutung für Paralyse zukommen dürfte. Ob sie für eine Frühdiagnose der Erkrankung in Betracht kommen kann, wagt Beisele noch nicht zu entscheiden; wäre dies der Fall, so könnte die Reaktion gute Dienste leisten bei der Erkennung solch zweifelhafter Fälle, denen Alt die Bezeichnung des „Wetterleuchtens der Paralyse“ gegeben hat.

Tomaschny (216) fand bezüglich der Butenkoschen Reaktion bei Paralyse unter 23 Fällen zwölfmal ein positives Ergebnis, d. h. in 52 % der Fälle. (Butenko fand 84 bis 91 %, Beisele 94 %, Trapet und Wolter 44 %). Die Fälle mit positiver Reaktion sind teils frischere, teils ältere Erkrankungen.

Ein positiver Ausfall der Reaktion ergab sich ferner bei einem Kranken mit Hirnlues, der sich bereits seit neun Jahren in Behandlung befindet.



Und schließlich fand Tomaschny unter zirka 40 anderen nicht paralytischen Kranken zweimal eine stark positive, einmal eine etwas schwächere positive, aber immerhin deutliche Reaktion. In allen drei Fällen handelte es sich um Kranke mit Dementia praecox.

Es ergibt sich demnach, daß der positive Ausfall der Harnreaktion mit Liquor Bellostii nicht als spezifisch für die Paralyse angesehen werden kann, wenngleich diese Reaktion bei der Paralyse ungleich häufiger vorkommt als bei anderen Psychosen.

Trapet und **Wolter** (218) kamen bezüglich der Butenkoschen Probe bei progressiver Paralyse auf Grund ihrer Untersuchungen an 400 Fällen (68 Paralysen, 225 sonstigen Psychosen und 107 Gesunden) zu folgendem Ergebnis:

Krankheitsform	Anzahl	positive Reaktion	Prozentverhältnis
Paralysen	68	30	44%
sonstige Psychosen	225	29	12,8%
Gesunde	107	8	7,4%
	400		

„Somit ist der Wert der Harnprobe mit Liquor Bellostii für die Diagnostik der Paralyse ein recht fraglicher. Man wird zugeben müssen, daß die Reaktion bei der Paralyse bei weitem häufiger auftritt wie bei den nichtparalytischen Geistesstörungen und Gesunden. Aber da wir doch auch hier ihren positiven Ausfall in einem erheblichen Prozentverhältnis nachweisen konnten, so müssen wir zusammenfassend sagen, daß wir die Probe als ein zuverlässiges Hilfsmittel für die Erkennung der Paralyse nicht ansprechen können."

Die Nachprüfungen **Cohn**'s (46) beziehen sich auf 14 Fälle von Paralyse (davon 5 inzipiente), 4 Fälle von Lues (davon 2 von Lues cerebri), 5 Fälle anderer Erkrankungen des Zentralnervensystems (darunter 1 Fall von Epilepsia genuina, 2 Fälle von Dementia hebephrenica, 1 Fall von Dementia senilis, 1 Fall von Tabes dorsalis), 15 Fälle anderer Nervenkrankheiten bzw. Gesunde, insgesamt 38 Fälle.

Es ergab sich, daß die Reaktion mit Liquor Bellostii für Paralyse nicht spezifisch ist und ihr deshalb bei der Diagnose dieser Erkrankung keine Bedeutung zukommt.

Stern (211) fand bezüglich der Butenkoschen Reaktion bei Paralyse ein von den Befunden Beiseles durchaus abweichendes Ergebnis. Ein diagnostischer Wert kommt der Reaktion nicht zu.

Unter den 12 untersuchten Fällen, welche frei von Medikamenten waren, konnte er 5mal einen völlig ungefärbten Niederschlag konstatieren. Dabei handelte es sich stets um zwar zum Teil erst initiale, aber doch ausgesprochene Paralyse, bei der neben psychischen Defekten reflektorische Pupillenstarre, typische Sprachstörung und Lymphozytose festgestellt waren. Nur einer der Kranken hatte kurze Zeit vorher Salvarsaninjektion erhalten. In 5 weiteren Fällen von teilweise vorgeschrittenen Erkrankungen war der Niederschlag nur schwach grau gefärbt, und nur zweimal beobachtete Stern eine starke positive Reaktion.

Andererseits erzielte er einen deutlich grau gefärbten Niederschlag bei verschiedenen organischen Nervenkrankheiten und funktionellen Psychosen. So fiel die Reaktion in 5 sicheren Fällen von Tumor cerebri dreimal deutlich positiv aus. Bemerkenswert erscheint es, daß bei einem dieser Fälle trotz saurer Reaktion des Harns und dem Fehlen jeder störenden Medikation der Niederschlag so dunkel, fast schwarzgrau, verfärbt war, wie dies sonst nur



bei stark alkalischen Harnen beobachtet wird, und daß der Befund bei Untersuchungen an verschiedenen Tagen gleich war. Es handelte sich um einen sehr vorgeschrittenen Krankheitsfall, bei dem dauernd tiefe Somnolenz bestand.

Bei anderen organischen Nervenkrankheiten blieb der Befund meist negativ, auch bei der zerebrospinalen Lues.

Nur bei einem Falle von posthemiplegischer Aphasie zeigte sich ein grauer Niederschlag.

Endlich erzielte Stern eine positive Reaktion bei den verschiedensten nichtparalytischen Psychosen und Psychoneurosen, Paranoia, Katatonie, Hysterie, Epilepsie, Imbezillität usw.

Besonders stark fiel die Reaktion in einem Falle von Paranoia, ferner bei einer postoperativ entstandenen hysterischen Abasie, endlich in einem Falle von Epilepsie wenige Stunden nach schweren Krampfanfällen aus, auch sonst schien der Ausfall in keiner Beziehung zu einer bestimmten Krankheit zu stehen.

Die von Butenko und nachher von Beisele als charakteristische Reaktion bei Paralyse angesehene Schwärzung des Niederschlags mit Liquor Bellostii tritt nach **Stucken** (212) bei allen möglichen organischen und nicht organischen Psychosen, ebenso bei allerlei somatischen Krankheiten auf. Sie ist nicht spezifisch und diagnostisch nicht verwertbar. Die reagierende Substanz ist ätherunlöslich, säureempfindlich, hitzebeständig, fällt nicht mit Bariumhydrat. (*Allers.*)

Waschitko (229) konnte in keinem seiner Fälle von Paralysis progressiva im Blute einzellige und sonstige Mikroorganismen nachweisen, wie sie von Sokalski gefunden wurden. Die Technik war die von Sokalski angegebene. (*Kron.*)

Der von **van der Scheer** (187) für Subduralhämatom als typisch vindizierte Symptomenkomplex ist:

a) Somnolenz mit wiederholtem Gähnen.

b) Abwechselnde Intensität der Bewustseins- und Bewegungsstörungen.

c) Perioden motorischer Unruhe, meist zusammen mit erhöhter Pulsfrequenz und Temperatur; starkes Schwitzen.

d) Lokaler Druck- und Klopfschmerz.

e) Verkürzter tympanitischer Perkussionsschall an der Seite des Hämatoms.

f) Hemiparese resp. Hemiplegie ohne Babinski kann auch bei einseitigem Hydrozephalus vorkommen. (*Stärcke.*)

Becker (21): Die Reaktion des Harnes mit Liquor Bellostii scheint für Paralyse zwar nicht unbedingt spezifisch, aber bei der Häufigkeit ihres Vorkommens bei Paralyse und bei der Seltenheit ihres Auftretens bei anderen Psychosen doch nicht ganz wertlos da zu sein, wo die sicheren Paralysediagnostika (mehrwöchentliche Anstaltsbeobachtung, Wassermannsche Reaktion in Liquor und Blut) nicht anwendbar sind, wie z. B. für den ambulant behandelnden Nervenarzt oder den Kollegen der allgemeinen Praxis. Natürlich dürfen die Erwartungen nicht zu hoch gespannt werden. Becker stellt dieses Diagnostikum etwa gleich der Milzschwellung bei Typhus, die, auch durchaus nicht immer konstatierbar, sich nicht selten ebenso bei anderen Infektionskrankheiten findet und doch im Verein mit der kritischen Abwägung sonstiger Symptome immer noch zu den Kardinalsymptomen des Abdominaltyphus zählt, obwohl subjektives Können und Wissen sowie subjektive Technik für den Untersucher hier eine viel größere Rolle spielen als für die in Rede stehende einfache Harnreaktion.



Untersuchungen von **Titus** (215) ergaben die Unhaltbarkeit der von Butenko und Beisele gezogenen Schlüsse. Der positive Ausfall der Butenkoschen Reaktion ist weder für Paralyse typisch, noch zeigt er Beziehungen zur Intensität der Erkrankung oder zu bevorstehenden Remissionen. Wird nun vollends in Betracht gezogen, daß verschiedene innere und Nervenerkrankungen sowie Psychosen eine positive Reaktion geben, während andererseits floride Paralytiker dieselbe in vielen Fällen vermissen lassen, so ergibt sich daraus schlagend das Fehlen jeder Spezifität und die Unverwendbarkeit dieser Harnprobe für die Diagnose der progressiven Paralyse.

Schwartz (196) fand, daß die positive Butenkosche Urinreaktion auch bei nichtparalytischen Individuen häufig vorkommt; allerdings findet sie sich bei Paralyse öfter als bei andersartig psychisch Erkrankten. Eine spezifische Bedeutung kommt der Reaktion aber nicht zu.

Kalapos (90) demonstriert ein Ehepaar, bei welchem die typischen paralytischen Erscheinungen vor 4 Jahren begonnen hatten. Der Gatte, der nicht nur Luetiker, sondern auch Alkoholist war, erkrankte ein halbes Jahr früher als die Gattin. Die Internierung erfolgte zuerst beim Gatten und später bei der Gattin. Der Mann ist 38, die Frau 36 Jahre alt. Keine familiäre Belastung. Beide zeigen die Form der expansiven Paralyse; bei beiden starke Euphorie. Der Verlauf der Paralyse ist bei beiden ein sehr langsamer, häufigere Remissionen zeigend. Kalapos bemerkt noch, daß bei dem Gatten Tuberkulininjektionen gemacht wurden, ohne den Zustand oder den Verlauf in irgendwelcher Weise beeinflußt zu haben. (*Hudovernig.*)

Lorenz (118) berichtet über einen 41jährigen Patienten, der anfangs der zwanziger Jahre 2 Depressionszustände durchmachte, die zum manisch-depressiven Irresein gehörten. Mit 31 Jahren Lues, 8 Jahre später erste Zeichen der Paralyse. Zurzeit klassisches Bild der expansiven Form der Paralyse.

Preisig (166) hält Ladame gegenüber in seinem Falle die Diagnose syphilitische Konvexmeningitis aufrecht. Das Interessante des Falles sind die der progressiven Paralyse analogen Veränderungen im Nucleus caudatus.

Näcke (143) hat eingehende Untersuchungen über die Dauer der postmortalen mechanischen Muskelerregbarkeit bei chronischen Geisteskranken und besonders Paralytikern angestellt. Danach scheint spätestens nach vier Stunden, gewöhnlich schon nach drei Stunden, die mechanische Muskelerregbarkeit erloschen zu sein. Untersucht wurden 30 chronisch geisteskranke Männer, davon 18 Paralytiker, 4 von Dementia praecox, 2 Bleipsychose- und Paranoiakranke und je ein Fall von Idiotie, Dementia senilis, Melancholia senilis und Intoxikationspsychose (Uraemie). Untersucht wurde durch senkrechtes Beklopfen der Muskeln mit dem Perkussionshammer. Die meisten Zuckungen, die hervorgerufen werden konnten, betrafen die Extremitäten und die Brust, die wenigsten Stirn und Nacken. (*Bendix.*)

Pilcz (162) hat an einem großen Material von Paralytikern aus dem niederösterreichischen Landessanatorium „Am Steinhof" die von Wagnerschen Tuberkulininjektionen angewandt und bringt auch die kurzgefaßten Krankengeschichten seiner Fälle. Im ganzen verfügt er über 86 klinisch sichergestellte Fälle von progressiver Paralyse. In 34 Fällen, meist weit vorgeschrittenen Stadiums, ließ sich ein Einfluß der Behandlung nicht erkennen. Es wurde erst bis 0,5 Tuberkulin gegeben. 50 = 60,32 % zeigten eine unleugbare günstige Einwirkung, und zwar derart, daß bei 20 = 23,2 % ohne erhebliche Besserung der paralytische Prozeß sozusagen zum Stillstand gebracht wurde, bei 9 = 10,44 % der Kranken für mehr oder minder lange Zeit



gesellschaftsfähig, 23 = 26,60% erwerbs- und dispositionsfähig gemacht werden konnten. (*Bendix.*)

Martini (129) berichtet über einen hirnsyphilisähnlichen Symptomenkomplex. Der progressiven Paralyse entsprechender pathologisch-anatomischer Befund. (*Audenino.*)

B. Dementia praecox.

Auf die vorzügliche Monographie **Bleulers** (29) über die Dementia praecox, welche einen Teil des Aschaffenburgschen Handbuchs der Psychiatrie darstellt, kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden.

Pascal (154) bespricht in seinem Buche Psychologie, Symptomatologie, forensische Stellung, pathologische Anatomie, Verlauf, Ätiologie, Pathogenese, Diagnose und Therapie der Dementia praecox.

Kiewe-Nebenius (93) fand, daß der Prozentsatz der nicht puerperalen Osteomalacie unter den Geisteskranken, speziell unter den Frühverblödeten, ungleich größer ist als unter der geisteskranken Bevölkerung, und daß es kein Zufall ist, wenn gerade in Irrenanstalten die Aufmerksamkeit sich besonders auf die nicht puerperale Osteomalacie gelenkt hat. Es liegt nahe, anzunehmen, daß für Osteomalacie und Dementia praecox eine gemeinsame Krankheitswurzel besteht, zumal wenn man berücksichtigt, daß die Osteomalacie in ihrer puerperalen Form so nahe Beziehungen zur Tätigkeit der Keimdrüsen besitzt, und daß die Hypothese, welche der inneren Sekretion ursächliche Bedeutung in der Pathogenese der Dementia praecox zuspricht, eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Pascal (155) bespricht des genaueren die Dementia praecox und ihre forensische Beurteilung. Eine traumatische Dementia praecox wird man nur dann anerkennen, wenn 1. vor dem Trauma keinerlei somatisches oder psychisches, auf das Leiden deutendes Symptom vorhanden war, und wenn 2. nicht weniger bzw. mehr als 2 Monate bis 2 Jahre zwischen Unfall und Ausbruch der Dementia praecox verstrichen sind.

Martin, Rousset und **Lafforgue** (128) bringen das Gutachten über einen Dementia praecox-Kranken, der im Prodromalstadium seines Leidens Fuguezustände darbot, in denen er Straftaten vollführte, für die er nicht verantwortlich zu machen ist. Bei den Fugues im Prodromalstadium der Dementia praecox sind die Stereotypie und die Demenz mehr oder minder ausgesprochen.

Schroeder (192) fand in einem Falle von Dementia praecox, der mit 37 Jahren einsetzte und im Alter von 45 Jahren einer Tuberkulose erlag, außer einer diffusen Rindenerkrankung Vakuolen in den Fortsätzen der Purkinjeschen Zellen; einzelne derselben lagen außerhalb der Rinde, und nicht wenige erschienen zweikernig. Synzytiale Formen fand Schroeder nicht, wohl aber im Großhirn Zellen, die durch eine Protoplasmabrücke zu korrespondieren schienen oder sonstwie sehr nahe beieinander lagen. In diesen Befunden sieht Schroeder einen Hinweis auf fötale Entwicklungshemmung (im vorliegenden Falle infolge Alkoholismus des Vaters). Überhaupt sei die Dementia praecox eine Psychose, bei deren Entstehung, selbst toxische ätiologische Momente als wirksam zugegeben, der degenerative Faktor wesentlich ins Gewicht fällt.

Jelliffe (84) bespricht unter Publikation einer ausführlichen Krankengeschichte die Hereditätsverhältnisse der Dementia praecox-Kranken sowie ihr Verhalten in der Jugend.

Markus (127) hat sehr umfassende Untersuchungen über die Assoziationen bei der Dementia praecox angestellt. Sein Material bestand aus 60 Assoziationsbogen aus der Greifswalder und Ückermünder Anstalt. Von fast



jedem Patienten wurden 100 Reaktionen aufgenommen. Er unterschied Assoziationen, die von denen Normaler nicht zu unterscheiden waren, solche, bei denen die äußeren Assoziationen die inneren mehr oder weniger überwogen; andere, denen das Symptom der Sprachverwirrtheit das charakteristische Gepräge gibt, eine Gruppe mit Ähnlichkeit der Assoziationen Hysterischer und solche, bei denen dieselben Erscheinungen zutage treten, wie wir sie bei normalen Ungebildeten und Imbezillen finden. Aus seinen Betrachtungen geht hervor, daß der Wert des Assoziationsexperimentes bei der Dementia praecox in diagnostischer und psychologischer Hinsicht ein recht bedingter sei. (*Bendix.*)

Baller (13) hat zum Gegenstande seiner Untersuchungen über Dementia praecox die bei dieser Erkrankung fast regelmäßig beobachteten vasomotorischen Störungen gemacht. Er fand unter einem Material von 750 Männern und Frauen 93 mal Ödeme und blaurote Verfärbung der Extremitäten. Davon waren 3 Paralytiker, alle übrigen gehörten der Dementia praecox an. Männer und Frauen waren ziemlich in demselben Verhältnis beteiligt. Hinsichtlich der Intensität der Erscheinungen beobachtete er einfache blaurot marmorierte Färbung der Extremitäten bis zu den schwersten Ödemen ganzer Glieder. Eine eigenartige Erscheinung ist auch das sogenannte „fliegende Ödem“ am Gesicht, den Augenlidern oder Händen, das oft sehr schnell wieder verschwindet. Er hält die vasomotorischen Störungen im Krankheitsbilde der Dementia praecox für Spannungserscheinungen der Gefäßmuskulatur respektive der Nerven, analog der Katalepsie der Körpermuskulatur. Dieses Symptom ist derart für Dementia praecox spezifisch, daß es in zweifelhaften Fällen von differentialdiagnostischer Bedeutung sein kann. Baller glaubt, daß die vasomotorischen Störungen bei der Dementia praecox daran schuld sind, daß es so verhältnismäßig schnell zur Verblödung kommt. (*Bendix.*)

Westphal (232) betont kurz, daß die katatonische Pupillenstarre bei Dementia praecox nicht das geringste mit der reflektorischen Pupillenstarre zu tun habe. (*Frankfurther.*)

Halberstadt (71) beschreibt einen Fall von Dementia praecox mit „hallucinations liliputiennes“. Unter diesem Namen beschrieb Leroy i. J. 1909 Gesichtshalluzinationen, welche Wesen oder Objekte in verhältnismäßig sehr kleinen Dimensionen darstellen, aber in ihren entsprechenden Proportionen. Diese Störungen sind selten, zeigen sich aber in der Mehrzahl der Psychosen, sie sind vorübergehend, bestehen ganz im Beginn des Leidens und sind wahrscheinlich toxischen Ursprungs.

Rittershaus (173) berücksichtigte die Anamnesen von 50 weiblichen Dementia praecox-Kranken der hebephrenen und katatonen Form. Von diesen 50 erkrankten 32 vor Beginn des 21. Lebensjahres, 13 zwischen 20 und 30 und nur 5 erst jenseits des 30. Lebensjahres. 4 Kranke waren angeboren schwachsinnig ohne sonstige Sonderheit; 11 waren gut begabt, fielen aber schon früh irgendwie auf; 16 waren schlecht begabt und boten solche Absonderlichkeiten, und bei 7 bestanden diese, ohne daß über die Leistungen in der Schule etwas vermerkt wäre, also in 75 % der Fälle gewisse Abnormitäten vor Ausbruch der Dementia praecox. Nur in 14 % der Fälle wurde berichtet, daß sie gut gelernt, oft sogar „auffällig“ begabt gewesen seien, ohne daß angeblich andere Zeichen der Krankheit sich bemerkbar gemacht hätten. Die Frühsymptome der Dementia praecox sind fast identisch mit denjenigen Symptomen, welche das einfach „nervöse“ psychopathische Kind bietet. Eine eingehendere Erforschung der Differentialdiagnose zwischen beiden Zuständen wäre sehr erwünscht.



Auf Grund von 6 Eigenbeobachtungen von Dementia praecocissima kommt **Hollaender** (79) zu folgenden Schlußsätzen:

1. Es gibt sicherlich eine Dementia praecocissima. Daß solche Fälle noch spärlich mitgeteilt sind, liegt daran, daß die Verwandten der Dementia praecox-Kranken über die erste Kindheit der Erkrankten oft keine anamnestischen Daten angeben können. Oft gehen aber dem eigentlichen Beginn des Leidens schon Jahre lang eine schleichende intellektuelle Abschwächung, zuweilen affektive Alterationen, zuweilen Charaktereigentümlichkeiten voran. Deshalb ist es oft schwer, den Beginn des Leidens mit Bestimmtheit anzugeben.

2. Verlauf und Symptomatologie der Dementia praecocissima bieten nichts Besonderes; die paranoide Form ist verhältnismäßig selten.

3. Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig, 2 Kranke des Verf. starben an Tuberkulose, ein Fall zeigt deutliche Besserung, die anderen Fälle blieben stationär.

4. Auffallend häufig sind Alkoholismus, Psychosen, pathologische Affektivität der Eltern in der Anamnese der Dementia praecocissima-Kranken anzutreffen. Diese Faktoren spielen entschieden eine große Rolle.

5. Die Dementia praecox kann auch auf dem Boden angeborenen Schwachsinns sich entwickeln.

6. Lehrer und Erzieher sollten über das Vorkommen solcher Dementia praecocissima-Fälle unterrichtet sein.

7. Eine gewisse Anzahl von Irrenanstalten sollte eine Kinderabteilung besitzen, wo eher diese infantil Dementen als Idioten und Imbezille Aufnahme finden sollen, denn für letztere gibt es schon besondere Anstalten. Für die infantil Dementen ist es aber nicht gut, wenn sie unter erwachsene Geisteskranke placiert werden.

Rehm (171) beschreibt nach kurzer Literaturangabe eingehend einen Fall von Dementia praecox, der bei einem 10jährigen Knaben im Kinderhause der Heilanstalt Dösen zur Beobachtung kam. Es besteht Belastung von seiten beider Eltern. In der frühen Kindheit traten häufig schreckhafte Träume auf; in der Schule versagte der Knabe sehr bald, Angst- und Erregungszustände kamen in Erscheinung und eine eigenartige krankhafte Vorliebe für Stiefel. Im 12. Lebensjahre setzte eine weiterhin fortschreitende Verblödung ein, welche in Verbindung stand mit katatonischen Erscheinungen und Gehörstäuschungen, Erregungs- und Stuporzustände wechselten im weiteren typischen Verlaufe. Sehr wichtig ist die frühzeitige Beobachtung solcher Kinder in entsprechenden Anstalten, um die Diagnose und Prognose zu sichern. (*Autoreferat.*)

Bei der Musterung der Fälle aus der Ursteinschen Monographie über die Dementia praecox gelangte **Frankhauser** (64) zu der Überzeugung, daß eine subtilere Einteilung des Leidens in Unterarten ihre Berechtigung habe. Er schlägt folgende Unterarten vor: Sinnen-, paranoide-, Gefühls-, Willens-, hebephrene Verstandesdemenz. Fälle, in denen zwar primäre Sinnestäuschungen und Wahnideen nebeneinander vorkommen, aber so, daß die eine der Komponenten, im Vergleich zur anderen, weniger hervortritt, könnten als paranoide Sinnendemenz oder sinnenparanoide Demenz bezeichnet werden, je nachdem die Sinnestäuschungen oder die Wahnideen prävalieren.

Einzelne Beispiele (aus der Ursteinschen Arbeit wiedergegebene Fälle) illustrieren die Einteilung. Eine solche subtilere Einteilung in Unterarten ist namentlich „für die Analyse von Mischfällen von Bedeutung, da sie uns erlaubt, in diesen, wenn sie kompliziert sind, die einzelnen Komponenten



besser zu erkennen und auseinanderzuhalten. Selbst der schwierigste Mischfall wird sich, vorausgesetzt, daß es sich wirklich um eine Dementia praecox handelt, auf die festgesetzten Grundtypen zurückführen lassen. Auch wird man sich, wenn man sich an letztere hält, nicht mehr darüber wundern, bei einem Willenskatatonen noch Affekt, bei einem Hebephrenen soziale Brauchbarkeit unter sachverständiger Anleitung, bei einem Verstandesdementen manuelle Geschicklichkeit, bei Paranoiden ebensowohl wie bei Katatonen einen intakten Intellekt vorzufinden. Bei der Diagnosenstellung haben wir uns bisher dadurch beirren lassen, daß wir die hervorstechendsten Krankheitssymptome, welche bei der Dementia praecox überhaupt vorkommen, in jedem einzelnen Falle, wenn auch mehr oder weniger ausgesprochen, vorfinden zu müssen glaubten und danach fahndeten; — das war ein Irrtum, von dem wir abkommen müssen."

Aus dem Vergleich der Ergebnisse der Psychoanalyse mit der klinischen Untersuchung des von **Nelken** (145) mitgeteilten Falles soll hervorgehen, wie die Psychoanalyse die klinische Darstellung ergänzt und einzelne Symptome in einen kausalen Zusammenhang bringt. Viele psychische Mechanismen, welche der Dementia praecox, den Neurosen und den Träumen der Normalen gemeinsam sind, sind auch in unserem Falle zu finden. In erster Linie die Verdrängung und die Wunscherfüllung.

„Wie weit die Verdrängung geht, ist am besten an der Sexualität der Pat. ersichtlich. Aus der ursprünglichen Onanie ist ein riesiges Gebäude polymorphperverser Sexualität herausgewachsen. In diesem Gebäude herrscht der Autoerotismus und mit ihm verbunden Bisexualität und Narzissismus; dabei finden sich auch analerotische, masochistisch-sadistische, homo- und heterosexuelle Züge. Von allen diesen sexuellen Phantasien bleibt nur die Onanie der Pat. bewußt. Alles andere ist unbewußt, verdrängt. Auch die meisten sexuellen Erlebnisse mit Ausnahme der Vergewaltigung im Wald (und auch die nur in allgemeinen Umrissen) sind der Pat. zur Zeit der Untersuchung nicht bewußt. Die reellen Verhältnisse verlangen von der Pat. eine totale sexuelle Verdrängung; das kann sie nicht zustande bringen. Der Kampf zwischen der Verdrängung und der Anpassung an die Außenwelt erfüllt hauptsächlich das ganze Vorstadium der Psychose. Die Introversion (so das Einschließen im Zimmer) wird immer stärker, der psychische Rapport mit der Außenwelt immer mangelhafter, die Konflikte mit der Umgebung intensiver. Pat. findet aus dem Zwiespalt keinen Ausweg und zeigt Initialsymptome von einer psychischen Dissoziation (das Lachen und Vorsichhinsprechen bei der Arbeit). Die Kündigung der Stelle zerstört die letzten Spuren des Rapportes mit der Außenwelt, es kommt zu einem akuten Ausbruch der Psychose.

Diese Psychose ist eigentlich eine Art von Abreagierung des Verdrängten. Eine besondere Art, weil sich die Pat. zu diesem Zweck, wie der normale Mensch im Traum, einer Symbolik bedient. Diese Symbolik kennzeichnet sich, wie bei den meisten Dementia praecox-Kranken, durch ihre Durchsichtigkeit. Pat. deutet eigentlich ihre Symptome selbst, mit einer geringen Hilfe des Arztes, hauptsächlich durch freie Einfälle.

Der Inhalt der Psychose bringt der Pat. alles das, was sie im Leben nicht gefunden hat: — die Kompensation, die Erfüllung ihrer Wünsche seit der frühesten Kindheit bis zu den letzten Erlebnissen, eine Wunscherfüllung ohne Hindernis. Daß diese Wünsche einen hauptsächlich sexuellen Charakter tragen, wird wohl von niemandem bestritten. Im Hintergrund dieser Wünsche steht die Elternkonstellation (der Haß gegen die Mutter, die Sehnsucht nach dem unbekannten Vater) und die infantilen Reminiszenzen (die Wanderung,



die Pflegemutter, der Lehrer), schließlich die sexuellen Traumata aus der späteren Zeit (der Bauer).

Neben der Verdrängung und der Wunscherfüllung bringt die Psychoanalyse eine strenge Determinierung aller Symptome. Die Halluzinationen und Wahnideen der Pat. entbehren jeder Zufälligkeit. Jede Wahnidee im ganzen, jedes Wort, jeder freie Einfall sind determiniert, meistens sogar mehrfach determiniert (z. B. „der Tod"). In den Wahnbildungen der Pat. ist also eine Verdichtung vorhanden, welche sich besonders schön bei der symbolischen Darstellung der Verfolgerinnen zeigt. Daß die in den Verfolgungsideen der Pat. wirkenden Personen nur Identifikationen, nur „Imagines" sind, ist aus der Analyse klar sichtbar."

Spielrein (208) gibt eine ausführliche Psychoanalyse eines Falles von Dementia praecox paranoides.

Eppelbaum (59) berichtet über die Aussagen von Dementia praecox-Kranken. Näheres ist im Original durchzulesen.

Soukhanoff (205) weist auf die ätiologische Bedeutung der Syphilis für das Zustandekommen der Dementia praecox hin. Besonders wichtig ist das Ergebnis der Untersuchungen von Klutcheff, der in 80% seiner Fälle Zeichen von hereditärer Lues nachzuweisen imstande war. (*Bendix.*)

Pasturel (156) teilt die Krankengeschichte eines Dementia praecox-Kranken (paranoide Form) mit, dessen ganzes intellektuelles Leben ausgefüllt ist mit medizinischen Überlegungen, mit Studien über die Ätiologie und Therapie der Krankheiten; der auch einige originelle und sehr exakte medizinische Ideen entwickelte und merkwürdige anatomische Zeichnungen ausführte; von letzteren sind 2 Proben der Arbeit beigefügt.

Ducosté (55) berichtet über einen an Dementia paranoides leidenden Mann, dessen Delir vollständig auf falschen deliranten Deutungen beruht.

Lückerath (119) teilt 6 Fälle mit, in denen es schwer zu entscheiden war, ob es sich um eine Dementia praecox oder eine Hysterie handelt. Lückerath schließt:

„Das Symptomenbild kann bei der Hysterie und Dementia praecox fast gleich sein, so daß man den Gedanken an eine gewisse Verwandtschaft nicht von der Hand weisen kann. Auch die in den letzten Jahren von Westphal beschriebene Pupillenstörung ist ähnlich der bei Hysterie von demselben Autor früher konstatierten, und das ganz neuerdings von Meyer, Königsberg, gefundene Verhalten der Pupille bei Druck auf den Iliakalpunkt macht geradezu den Eindruck eines hysterischen Äquivalents. Beides sind endogene Psychosen, zwischen denen nach den Anschauungen Freuds und Jungs auch insofern eine Ähnlichkeit bestehen soll, als beide auf psychosexuelle Traumen in der Kindheit zurückgeführt werden, eine Ansicht, die ich nur erwähnen will, ohne sie für alle Fälle zu teilen. Das Wesen der beiden Erkrankungen ist uns viel zu unbekannt, um bestimmte Behauptungen aufzustellen.

So viel steht fest, daß die Dementia praecox mit den verschiedensten hysterischen Erscheinungen beginnen kann, so daß die Differentialdiagnose geradezu unmöglich werden kann; entscheidend ist nur die Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit und der Ausgang der Erkrankung. Stellt sich eine psychische Schwäche ein, so haben wir eine Dementia praecox vor uns, im andern Fall handelt es sich um eine hysterische Psychose."

Saiz (185) untersuchte 88 weibliche Fälle von Dementia praecox auf Ätiologie, Art des Beginnes, des Verlaufes und der Ausgangsform, um der Frage näher zu treten, ob es berechtigt ist, die Paranoia hallucinatoria chronica der Dementia praecox einzureihen. Er vereinigte alle Fälle von



Hebephrenie, Katatonie und jene Fälle von Dementia paranoides, die von vornherein zerfahrene Wahnvorstellungen und Halluzinationen ohne entsprechende Reaktion aufweisen, zu einer Gruppe I (75 Frauen); ihr stellt er die Gruppe II gegenüber, die alle Fälle von Paranoia hallucinatoria chronica enthält (13 Frauen). Saiz kommt schließlich zu folgendem Schlusse:

„Die Fälle mit chronischer Wahnbildung und chronischem Andauern von Sinnestäuschungen ohne Intelligenzverfall sind, wenn sie überhaupt existieren, sicherlich sehr selten. Es fehlt uns jetzt jedenfalls noch vollkommen an Unterscheidungsmerkmalen, um sie von der Dem. paran. II abzutrennen; sie kommen im 4.—5. Dezennium zum Ausbruch, bei Belasteten; der Verlauf ist chronisch ohne Remissionen; nur in der Ausgangform gibt sich der Unterschied kund, indem kein Defekt eintritt. Kommen solche Fälle vor, so haben sie Anspruch auf eine Sonderstellung und würden Platz finden zwischen der Dem. paran. II und der eigentlichen Paranoia. Die Grenze der Paranoia gegenüber ist scharf gezogen, wenn man sich an Tanzis Definition des Paranoiabegriffes hält, nach der die Paranoia nicht der Ausdruck einer krankhaften Störung ist, sondern den Ausfluß einer konstitutionellen Anomalie, die Frucht einer intellektuellen Monstrosität darstellt; die Wahnbildung ist ein langsamer und andauernder Triumph eines Vorurteils. Die Grenze gegenüber der Dem. paran. wäre dadurch gegeben, daß es sich bei der letzteren um eine Defektpsychose handelt.

Wir ersehen aber daraus, daß es Grenzfälle gibt, die von der Dementia praecox zur Dementia paranoides II und von dieser zur echten Paranoia hinüberleiten. Wir wissen, daß die Paranoia wieder ganz laufende Übergänge zu den originären Krankheitszuständen, dem Entartungsirresein, hat. Auf der anderen Seite ist bekannt, daß es ebenfalls Übergangsformen gibt von der Dem. praecox zum manisch-depressiven Irresein; das Schwanken der Grenzen zwischen diesen beiden Krankheitsbildern ist ja der schönste Beweis dafür, ferner jene zweifellos konstatierten Fälle, wo bei Geschwistern einerseits manisch-depressives Irresein, andererseits Dem. praecox sich ausbildet (Fälle von Thomsen, Aschaffenburg, Berze, Schlub, Volpi-Ghirardini), wenn auch meist die gleichartige Vererbung vorherrscht. Weiter finden wir Grenzfälle zwischen dem manisch-depressiven Irresein und den krankhaften Persönlichkeiten, den originären Krankheitszuständen. Es bestehen auch einige Beziehungen zwischen Dem. praecox und Schwachsinn, soweit dieser nicht durch grobe organische Läsionen bedingt ist, indem gewisse Schwachsinnformen als in der frühesten Kindheit zum Ausbruch gekommene Dem. praecox-Fälle aufzufassen sind. So sehen wir, daß die verschiedenen Krankheitsbilder durch ein großes Band miteinander vereint sind; eine exakte Abgrenzung dieser Krankheitsgruppen wird so lange nicht gelingen, der Streit um Krankheitsformen so lange müßig sein, bis die pathologische Anatomie das entscheidende Wort gesprochen haben wird."

Mikulski (136) veröffentlicht einen Fall von atypischer Akromegalie (Verdickung der Nase und Lippen, Vergrößerung der Zunge und des Unterkiefers, bilaterale Hemianopsie, Mißbildung des Schädels, zerviko-dorsale Kyphose; keine Veränderungen an den Extremitäten, Röntgenbild nicht aufgenommen, Augengrund wurde nicht untersucht). Psychisch bot Pat. das Bild der Dementia praecox. In der Kindheit hatte Pat. Syphilis.

Ermakow (60) sammelte 53 Fälle von Dementia praecox aus dem russisch-japanischen Kriege, darunter 3 mit katatonen Symptomen. 10 Fälle teilt er ausführlicher mit. Aus seinen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Die idio-muskuläre Kontraktion bei der Dementia praecox ist ein Zeichen der neuromuskulären Asthenie und schlechter Ernährung;



2. die Dermographie zeigt sich ausgesprochener während des Krieges als in gewöhnlichen Zeiten;

3. die somatischen Symptome der Dementia praecox sind inkonstant und besitzen keinen entscheidenden diagnostischen Wert;

4. die Degenerationszeichen und die Heredität spielen eine Rolle im klinischen Bilde der Dementia praecox-Kranken des Verf.;

5. die Halluzinationen sind bei ihnen ziemlich häufig;

6. nicht selten entwickelt sich die Dementia praecox unter dem klinischen Bilde der progressiven Paralyse, ohne jedoch die somatischen Symptome dieser Krankheit zu bieten;

7. bei den katatonen Formen der Dementia praecox findet man die Zeichen der Verwirrtheit;

8. in allen Fällen von Dementia praecox während des Krieges beobachtete Verf. eine schnelle Entwicklung der Demenz und ein auffällig seltenes Auftreten von Remissionen.

Fuchs (66) stellt Prioritätsansprüche; er habe zuerst ohne Vorbehalt und mit Nachdruck Pupillenstörungen in das Bild der Frühverblödungsprozesse eingefügt.

In den Arbeiten von **Bumke** (33) und **Fuchs** (67) handelt es sich um Prioritätsstreitigkeiten bezüglich der reflektorischen Pupillenstarre bei Dementia praecox.

Chaslin und **Séglas** (43) berichten über einen Fall von Dementia praecox mit Remissionen, von denen die eine mehr als 14 Jahre andauert; während dieser Zeit dient Pat. 4 Jahre lang beim Militär, worauf er eine Anstellung bei einer Versicherungsgesellschaft bekommt und im Alter von 32 Jahren heiratet. Nach einem leichten chirurgischen Eingriff tritt ein katatonisches Krankheitsbild wieder auf, das noch jetzt andauert. Der Fall zeigt, daß vielleicht doch zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein engere Beziehungen bestehen, als man für gewöhnlich annimmt, und daß es vielleicht intermediäre Formen zwischen beiden Krankheiten gibt.

Auf Grund der von ihm persönlich erhobenen Katamnesen in 68 Fällen kommt **Schmid** (188) zu folgendem Schluß:

Je mehr die früher übliche Art der Prognosenstellung auf Grund schriftlicher Katamnesen durch persönliche Nachuntersuchungen ersetzt wird, um so mehr scheint Kräpelin gegenüber Schüle und vielen anderen Autoren recht zu behalten: „Die Behauptung, daß die Dementia praecox in wissenschaftlichem Sinne heilbar sei, halte ich für verfrüht.“ Dieselbe Ansicht teilen Aschaffenburg, Klipstein und Bleuler; letzterer stellte 1908 die Behauptung auf: „Es gibt keine Heilung im Sinne einer restitutio ad integrum.“

Je schärfer und bestimmter aber das Urteil der Unheilbarkeit wird, um so mehr müssen wir bestrebt sein, alle diejenigen Formen von der Dementia praecox abzutrennen, die ausheilen. Ich kam ohne jede Voreingenommenheit durch die Tradition einer bestimmten Schule, nur durch das bei den Katamnesen immer häufiger hervortretende Symptom der Verwirrtheit dazu, gerade diesen Zustand zur Umgrenzung einer Gruppe von sicher geheilten Fällen zu benutzen. Bei Zusammenstellung meiner Resultate war ich selbst überrascht, mehr als die Hälfte der geheilten Fälle in dieser Gruppe zu finden. Das Studium der Literatur verwandter Fälle hat mir dann die Frage aufgedrängt, ob von den früher so häufig beschriebenen, prognostisch überaus günstigen Verwirrtheitszuständen wohl nicht eine große Zahl heute in der Masse der Dementia praecox-Diagnosen untergegangen sei; dies um so mehr, als gerade in der Verworrenheit fast alle für die Dementia praecox typischen Symptome vorgetäuscht werden können und diese



Differentialdiagnose darum zu den allerschwierigsten gehört. Die größte Überraschung aber bebstand für mich darin, in der von der Dementia praecox abgetrennten Gruppe eine solche Fülle von manisch-depressiven Symptomen zu finden, daß ich mich immer mehr von der Richtigkeit der Vermutung Kräpelins überzeugen mußte, daß akute Verwirrtheitszustände in den meisten Fällen (vielleicht immer) auf dem Boden derselben Veranlagung entstehen wie das manisch-depressive Irresein.

Ob der Versuch, Verrwirrtheitszustände von der Katatonie abzutrennen und in das manisch-depressive Irresein einzureihen, berechtigt ist, das kann nur durch weitere Arbeiten an größerem Material bewiesen werden. Dazu müßte vor allem gefordert werden, daß alle Kranken vor der Entlassung aus den Kliniken oder Anstalten einer ebenso genauen Untersuchung unterzogen werden wie beim Eintritt.

Pfersdorff (159) hat in 23 Fällen von Dementia praecox die Katamnese persönlich erhoben. Vollkommene Heilungen konnte er nicht feststellen. Er teilt seine Dementia praecox-Kranken in 4 Gruppen ein, über deren Sonderheiten die Arbeit selbst eingesehen werden muß.

Roubinovitsch (180) demonstriert an einigen Fällen die Hauptmerkmale der Dementia praecox. Er hebt hervor, daß im Frühstadium allein eine Abnahme der affektiven und intellektuellen Fähigkeiten beobachtet wird, die rein demente Form. Die hebephrenische Form zeigt noch außerdem einen Exzitationszustand mit Halluzinationen. Die katatonische Form kennzeichnet sich durch psycho-motorische Störungen: den Negativismus, Suggestibilität und die Stereotypie, meist als hebephreno-katatonische Form. Endlich gibt es eine paranoide Form, die sich durch Verbindung der Demenz mit deliriösen Störungen kennzeichnet, die wenig oder gar nicht systematisiert sind. (*Bendix.*)

Wada (228) hat systematische histologische Untersuchungen von Fällen von Dementia praecox, senilen Psychosen und Amentiaformen vorgenommen. Es wurden Rindenpartien vom Frontallappen, von der vorderen Zentralwindung, der ersten Temporalwindung und von der Calcarina untersucht. Bei Dementia praecox fand er schwere Schädigungen der Pyramidenzellen bestehend in eigenartiger Vakuolisierung. Die intrazellulären Neurofibrillen erscheinen schwer geschädigt, ebenso die Fibrillen der Dendriten. Eine Verminderung der faserigen Elemente konnte er in der Tangentialschicht und in den Baillargerschen Streifen nachweisen. Als wichtigstes Charakteristikum hebt Wada die vorwiegende Lokalisation in den vorderen Partien des Gehirns hervor. Die senilen Psychosen zeigen analoge Veränderungen. Körniger Zerfall der Fibrillen und völliger Zellschwund ist auffallend, mit besonderer Beteiligung des Frontallappens. Die charakteristischen Plaques in der Hirnrinde bei senilen Psychosen deutet er als zirkumskripte Nekrosen. Zu den Gefäßen haben sie keine Beziehung. Bei den Fällen von Amentia, urämischer Psychose und Delirium tremens fand er in der Hirnrinde eine mehr diffuse Affektion, die in einer Schädigung des Parenchyms bestand im Gegensatz zu den pathologischen Veränderungen im Stirnhirn bei Dementia praecox und senilis. (Nach einem Referat in der Ztschr. f. d. ges. Neurol.) (*Bendix.*)

Der Maximaldruck ist nach **Lugiato** und **Lavizzari** (121) im allgemeinen dem normalen gleich oder höher als dieser. Es bestehen Druckasymmetrien. Die Amplitude des Pulses ist im allgemeinen unter Normal. (*Audenino.*)

Salerni (185a) hat die reflektorische Zusammenziehung des M. quadriceps femoris nach mechanischer Reizung der Patellarsehne bei zahlreichen Geisteskranken (Dementia praecox, Alkoholismus, Epilepsie usw.) beobachtet.



Schlußfolgerungen:

Die Latenzzeit der reflektorischen Quadrizepszusammenziehung ist bei den Geisteskranken im Durchschnitt verlängert.

Bei den Manisch-depressiven wurden die geringsten Abweichungen von der Norm, also die geringsten Werte, aufgefunden; höher waren sie bei den Alkoholikern, Pellagrakranken und Frühdementen. (*Audenino.*)

C. Dementia senilis, Presbyophrenie, arteriosklerotische Psychosen.

Lafora (102) hat 3 Fälle von Dementia senilis und 3 von Dementia arteriosclerotica, deren Sektionen 5—10 Stunden nach dem Tode erfolgten, anatomisch untersucht, und zwar unter Anwendung der modernen Färbemethoden. Bei Durchsicht der Literatur ergab sich, daß im Gehirn nicht geisteskranker seniler Personen dieselben Veränderungen vorkommen wie bei der Dementia senilis. Bezüglich der 6 untersuchten Fälle faßt Lafora seine Befunde wie folgt zusammen:

1. In den Ganglienzellen des Rückenmarkes findet man bei Dementia senilis und arteriosclerotica die folgenden Veränderungen: Atrophie, Pyknose, trübe Schwellung (zentrale und peripherische), retikuläre Degeneration, starke Pigment- und Fettdegeneration, zentrale und peripherische Tigrolyse und vakuoläre Degeneration. a) In den Protoplasmafortsätzen: isolierte Pigment- oder Fettdegeneration und retikuläre Degeneration, Chromatorrhagien; b) bez. des Kerns: exzentrische Verlagerung, Blässe und Schwellung, Pyknose, zweikernige Ganglienzellen (extrem selten); c) bez. des Kernkörperchen: Blässe und Schwellung, exzentrische Verlagerung, vakuoläre Degeneration ohne Veränderung der basophilen Schollen.

2. In den Neurofibrillen intracellulär: maschenartige Degeneration und Fibrillolyse (peripherische, zentrale und allgemeine); extracellulär: Anschwellungen im Verlauf der Fasern, Endkolben, fibrillenhaltige und fibrillenlose freie Kugeln. Keine Plaquesbildung, keine schraubenartige Fibrillenbildungen.

3. In den Markfasern: keine Strangdegeneration, dicke, rundliche oder ovale Anschwellungen (zentrale Amyloidkörperchen?), strukturlose Anschwellungen, Maulbeerbildungen.

4. In der Glia: Gliazellenwucherung, keine Neuronophagie, degenerierte Gliazellen, stäbchenartige Gliazellen, Karyorrhexis der Gliazellen, glioide Körnchenzellen; ausgeprägte Faserwucherung mit sehr verdickten Fasern, namentlich auch Gliosis pericellularis und perivascularis.

5. Stäbchenförmige Zellen sehr oft vorhanden. Einige enthalten basophile Kügelchen (Abbauprodukte).

6. Bezüglich der Gefäße: Vermehrung der kleinen Gefäße, namentlich in der Umgebung der Ganglienzellen; Gefäß„pakete"; Intima- und Mediawucherung, zumal mit Adventitiawucherung kombiniert; sehr selten Verdoppelung der Elastica interna; hyaline Degeneration; Gefäß„polypen"; Dislokation und vakuoläre Degeneration der Endothelzellen; pyroninophile Adventitialkerne.

7. Viele Körnchenzellen von ekto- und mesodermaler Herkunft, am häufigsten bei Dem. senilis. Die Körnchen bestanden aus Fett, Pigment, Protagon usw.

8. In einem Fall von sehr zweifelhafter syphilitischer Genese wurden viele Lymphozyten und einige Plasmazellen gefunden (perivaskuläre Infiltration). Keine Maulbeerzellen, keine Mastzellen.

9. Viele Amyloidkörperchen in dem Umkreis des Rückenmarks und um den Zentralkanal herum.



10. Die Unterschiede in den Rückenmarksveränderungen zwischen Dem. arteriosclerotica und senilis sind mehr quantitativ als qualitativ. Die regenerativen und degenerativen Erscheinungen an den Fasern sind bei der ersteren Psychose weit weniger ausgeprägt. Auch die Zellveränderungen sind nicht so erheblich. Hingegen sind die vaskulären und die perivaskulären Veränderungen vielleicht bei der Dem. arteriosclerotica noch intensivere; nur Gefäß„pakete“ finden sich häufiger bei Dem. senilis. Abbauprodukte (Fett, Pigment usw.) kommen bei der letzterwähnten Psychose gleichfalls viel öfter vor.

Nouët (147) bringt 3 Krankengeschichten und kommt zu dem Schlusse, daß — wie auch Wernicke und Kräpelin annehmen — die Presbyophrenie eine spezielle Form der Dementia senilis darstellt, und nicht — wie Dupré meint — eine chronische Psychopolyneuritis mit Demenz. Die Arteriosklerose ist das Hauptmerkmal der Presbyophrenie und bei ihr viel ausgesprochener als bei der einfachen senilen Demenz. Die Presbyophrenen sterben fast alle an Hirnblutung, und ihre Nervenzentren zeigen bei der Autopsie ausgeprägte arteriosklerotische Veränderungen.

Pilcz (161) behandelt in seinem Aufsatz, der sich besonders an den Praktiker wendet, Ätiologie, Symptomatologie, Differentialdiagnose, Therapie und forensische Bedeutung der arteriosklerotischen Geistesstörungen, auch die Kombination derselben mit anderen Formen von Geistesstörung. Differentialdiagnostisch wird besonders die Neurasthenie, progressive Paralyse, senile Demenz und Melancholie besprochen. Ein ausführliches Literaturregister beschließt die lesenswerte Arbeit.

Nach ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichte eines Falles von Dementia alcoholica aphasica arteriosclerotica berichtet **Ansalone** (6) über die dabei gefundenen histologischen Veränderungen. Der Fall soll z. T. zur Klärung der Frage von der dualistischen oder einheitlichen Auffassung der Dementia senilis und arteriosclerotica dienen. Zu seinen Auseinandersetzungen glaubt Verf. Anhaltspunkte für die erstere Auffassung zu finden. (*Audenino.*)

Kriminelle Anthropologie.

Ref.: Dr. L. M. Kötscher-Hubertusburg.

1. Abraham, Karl, Giovanni Segantini. Ein psychoanalytischer Versuch. Mit zwei Beilagen. Wien. Fr. Deuticke.
2. Abramowski, Abstinenz oder Temperenz? Fortschritte der Medizin. No. 17. p. 385.
3. Adler, Otto, Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. Fischers mediz. Buchhandlung.
4. Agostini, C., Corrado Corsarelli di fronte all' antropologia criminale e al codice attuale. Ann. d. manic. prov. di Perugia. 1910. IV. 337—351.
5. Agote, L., Nuevo metodo grafico para fizar la herencia. Buenos Ayres.
6. Aguilera, Olorizi, „Manuel pour l'Identification des Délinquents de Madrid“. Traduction revue par Th. Bongerhoff, Bruxelles, Veuve Ferdinand Larcier, Editeur.
7. Ala Stefano, F. to, Passione amorosa omicida (Da un memoriale autobiografico). Arch. di Antropol. crim. T. 32. No. 5—6. p. 600.
8. Amschl, Alfred, Zur ländlichen Kriminalistik. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 41. H. 3—4. p. 345.
9. Derselbe, Abtreibung und Kindesmord. Archiv f. Krim.-Anthropol. 30. August.
10. Anonym, Wege zur Ehe. Versuch der Organisierung der Ehevermittlung.
11. Anton, G., Alkoholismus und Erblichkeit. Psychiatrische Vorträge. 2. Serie. Berlin. S. Karger.
12. Antonini, G., Polemiche lombrosiane. Arch. di Antropol. crim. T. XXXII. No. 4—5. p. 456.



13. Antropophyteia. VIII. Band. Leipzig. Ethnolog. Verlag.
14. Areco, Das Liebesleben der Zigeuner. Leipziger Verlag 1910.
15. Asnaurow, La crise sexuelle en Russie. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 294.
16. Assagioli, R., Trasformazione e sublimazione delle energie sessuali. Riv. di psicol. applicata. VII. p. 228.
17. Auden, G. A., Feeblemindedness and Juvenile Crime. Journ. Am. Inst. of Criminol. II. 228-238.
18. Bachmann, Die Bedeutung der generativen Tätigkeit im Organismusbetrieb. Aerztl. Rundschau. No. 17. p. 193.
19. Bardeleben, K. v., Weitere Untersuchungen über Linkshändigkeit. Anatom. Anzeiger. Bd. XXXVIII. Ergänzungsh. p. 41–54. (Sitzungsbericht.)
20. Battaglini, Giulio, Q., The Function of Private Defense in the Repression of Crime. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminol. Vol. II. No. 3. p. 370.
21. Beaussart et Bonhomme, Observation d'une famille de déséquilibrés à réactions antisociales. Ann. d'Hygiène publique. T. XV. Févr. p. 135.
22. Beers, C. F., The Value of Social Service in the Prevention of Nervous and Mental Disorders; its Importance as a Part of the Work of Hospitals for the Insane and a State Society for Mental Hygiene. Proc. Nat. Confer. Char. 1910. XXXVII. 281—290.
23. Behrend, Gewohnheitsverbrecher in England. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 5. p. 290.
24. Bell, Clark, Drunkenness as a Defence for Homicide. The Alienist and Neurol. Vol. 32. No. 2. p. 315.
25. Bender, Der Saccharinschmuggel u. seine Bekämpfung. Archiv f. Krim. Anthropol. vom 22. Mai.
26. Bennecke, Simulation und Selbstverstümmelung in der Armee unter besonderer Berücksichtigung der forensischen Beziehungen. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 3—4. p. 193.
27. Berger, H., Alkohol und Geisteskrankheiten. Alkoholismus. 1910. n. F. VII. 18—30.
28. Bericht über die VIII. Jahresversammlung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dresden am 10.—11. Juni 1911. Sex. Probleme. August.
29. Bérillon, La phobie du regard. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 189. (Sitzungsbericht.)
30. Berkhan, Oswald, Das Wunderkind Christian Heinrich Heineken. Zeitschr. f. Kinderforschung. 1910. H. 8. p. 225.
31. Besser, Die Juden in der modernen Rassentheorie. Köln. Jüdischer Verlag.
32. Bey, Lipa, Die moderne Ehe. Sex. Probleme. VII. 198–201. (cf. No. 320.)
33. Beyer, H., Das Auge in der altmexikanischen Symbolik. Archiv f. Anthropologie. N. F. Bd. X. H. 1. p. 39.
33a. Biberfeld, Eduard, Halsschnitt, nicht Hirnzertrümmerung! Eine Antwort auf die Backsche Streitschrift: Schächten oder Betäuben.? Berlin. L. Damm.
34. Birnbaum, Die strafrechtliche Beurteilung der Degenerierten. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 17. Jahrg. No. 5.
35. Derselbe, Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen. Wiesbaden, Bergmann.
36. Derselbe, Krankhafte Eifersucht u. Eifersuchtswahn. Sex. Probl. Dezember.
37. Blasio, Abele de, Tatuaggi artistici in disertori francesci. Arch. di Antropol. crim. Vol. 32. No. 6. p. 505.
38. Blazek, Franz, Sexualwissenschaft und Sexualbluff der Herrn Magnus Hirschfeld und Dr. Iwan Bloch in Berlin. Paris.
39. Bleuler, Eine kasuistische Mitteilung zur kindlichen Theorie der Sexualvorgänge. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forschungen. Bd. III.
40. Bloch, Ernst, Zwei Gutachten, beide das Vergehen gegen den § 175 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich (Widernatürliche Unzucht) betreffend, von denen jedes zu einem verschiedenen Resultat kommt. Wiener klin. Rundschau. No. 7—8. p. 101. 120.
41. Bloch, J., Krauss, F. S., und Waldheim, Der Geruchsinn in der Vita sexualis. Antropophyteia. VII. 289.
42. Blondel, Charles, La Scatophilie. Journal de Neurologie. No. 5. p. 90.
43. Board, M., Care of Insane Criminal. Kentucky Med. Journal. Dec. 1.
44. Boas, K., Der Begriff der „traumatischen psychopathischen Konstitution" (Ziehen) in der forens. Psychiatrie. Arch. f. krim. Anthropol. Heft vom 28. Febr.
45. Derselbe, Materialien zu einer Pathologie der Zeugnisfähigkeit. ibidem. vom 28. Febr.
46. Derselbe, Kriminalistische Aufsätze. Ein weiterer Fall von suicidium menstruale. Ein Fall von Saliromanie. Legalität der Fruchtabtreibung im künftigen Strafrecht oder nicht. ibidem. Bd. 40. H. 3—4. p. 187.



47. Bogart, G. H., The Crime of Love. Medical Herald. March.
48. Böhme, J., Die sexuelle Frage in der höheren Knabenschule. Vortrag vor Eltern und Lehrern Hamburgs. Leipzig. Fritz Eckardt.
49. Bokelmann, W., Das Martyrium der heiligen Agathe im 20. Jahrhundert. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. XXXIII. H. 6. p. 677.
50. Boldt, Sexualprobleme im Lichte der Natur- u. Geisteswissenschaft. Leipzig, M. Altmann.
51. Bonne, Georg, Im Kampf um die Ideale. Die Geschichte eines Suchenden. 2. Auflage. München. E. Reinhardt.
52. Borri, Lorenzo, „Emasculatio" e diritto. Arch. di Antropologia crim. T. 32. No. 1—2. p. 90.
53. Broc, René, Un cas de Polydactylie chez un Indigène tunisien. La Tunisie médicale. No. 3—5. p. 110. 189—192.
54. Brodrick, Albinia, The Influence of Alcohol. Brit. Journ. of Inebr. VIII. 91—95.
55. Brown, H. A., Suicide in Registration Area. New York Med. Journ. Sept. 2.
56. Bruck, Franz, Homosexualität und Erpressertum. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 702.
57. Buchholz, Mastdarmverletzungen und Kriminalität. Eine gerichtlich-medizinische Studie. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Juli/Aug. p. 258.
58. Bulter, George F., Survivals of Folk-Lore. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 127.
59. Busschère, de, De la définition du viol et de l'attentat à la pudeur. Journal de Médecine de Paris. No. 3. p. 51.
60. Carrara, M., Verbrechen nach Auffassung der Lombrososchen Theorie. Anthropologie criminale. Mailand. Vallardi.
61. Derselbe, Jl VII Congresso internazionale di Antropologia criminale. Archivio di Antropol. crim. T. 32. No. 6. p. 637.
62. Carter, Inebriety, its common-sense consideration with a view of eliciting its cure, prevention, suppression and final eradication. Medical record. Feb. II.
63. Castellane, Die großen Don Juans u. das Geheimnis ihres Liebens. Leipzig. M. Wendel.
64. Castro, Lincoln de, Contributo alla psicopatologia dell' Abissinia. Dei suicidi, loro frequenza ed identità. Tentato suicidio e disvulnerabilità in un giovanetto galla (ferita abdominale, epiplocele, resezione, guarigione). Arch. di Antropol. crim. Vol. 32. fasc. 3. p. 235.
65. Cauzons, La magie et la sorcellerie en France. Libr. Dorbon Ainé. Paris. 3 Bände.
66. Chini, Diomede, La lotta contro la pellagra. Arch. di Antropol. crim. T. XXXII. fasc. III. p. 282.
67. Churchman, John W., The Medical Paintings of Velasquez. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. Nov. p. 383.
68. Ciulla, Mario, Klinische und forensische Studie über verlängerte Schwangerschaft. Zeitschr. für Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 67. Heft 2. 1910.
69. Clarke, Geoffrey, Eugenics and Sterilization. Brit. Med. Journal. II. p. 1595. (Sitzungsbericht.)
70. Cohn, M., Kinderprügel und Masochismus. Zeitschr. f. Kinderforsch. XVI. p. 169.
71. Cohn, Paul, Nietzsches Leiden. (Meteoropathie). Dtsch. mediz. Presse. 1910. No. 19. p. 151.
72. Derselbe, Ist Genie Entartung? ibidem. No. 18—19. Feuilleton.
73. Consiglio, P., L'alcoolismo nell' Esercito. Nota preventiva. Arch. di Antropol. crim. T. XXXII. fasc. 4—5. p. 399.
74. Cramer, A., Pubertät und Schule. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig. B. G. Teubner.
75. Derselbe, Über die Ursachen des Alkoholismus. Alkoholfrage. N. F. VII. 97—110.
76. Cristiani, A., Psicopatie sessuali in donne con affezioni ginecologiche. Ginecol. med. 1910. III. 280—284.
77. Crothers, T. D., The Insanity and Inebriety of J. Wilkes Booth. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 40.
78. Derselbe, Relation of Alcoholism and Drug Addictions to Preventive Medicine. Virginia Med. Semi-Monthly. March 24.
79. Derselbe, Alcoholic Degenerations. Medical Herald. Oct. XXX.
80. Derselbe, The Forecast of the Evolutions and Revolutions in Medical Education. The Alienist and Neurol. Vol. 32. No. 4. p. 633.
81. Daale, Preuve par les empreintes digitales. Arch. d'Anthrop. crim. Tome XXV. No. 207.
82. Dabout, La pendaison. Journal de Médecine de Paris. No. 10. p. 199.
83. Dauchez, H., Essai médico-psychologique sur les causes et les remèdes de la criminalité. Arch. de Méd. des enfants. XIV. July.

84. Delhougne, Dunkle Linien in der Schrift u. verwandte Erscheinungen. Archiv f. Krim. Anthropol. vom 5. April.
85. Delmas, Un cas de nymphomanie grave chez une fillette de dix ans. Revue neurol. 2. S. p. 451. **(Sitzungsbericht.)**
86. Deries, Jean, Geißel und Rute in Frankreich. Leipziger Verlag.
87. Deyrolle, E., Le matériel de la fumerie d'opium et son emploi. Bull. Soc. d'Anthropol. de Paris. 9. S. T. II. fasc. 1/2. p. 124.
88. Dittrich, Willy, Entstehung und Bedeutung der öffentlichen Meinung über die Homosexuellen. Leipzig. M. Spohr.
89. Dobrick, Die heimlichen Alkoholwirkungen. Die Irrenpflege. No. 5.
90. Dolch, Erziehung zur Arbeit. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 12. p. 873.
91. Donath, Julius, Militärische Leistungen ohne Alkohol. Internat. Monatsschr. z. Erforsch. u. Beh. der Trinksitten. 1910. No. 6.
92. Derselbe, Die ererbte Trunksucht, mit besonderer Rücksicht auf die Dipsomanie. Klinikai füzetek. No. 5. Ungarisch.
93. Douglas, Archibald R., The Ament. His Position in the Community and His Influence on the Future of the Race. The Practitioner. Vol. LXXXI. No. 2. p. 310.
94. Dräsecke, Zur Kenntnis der gefährdeten Grosstadtjugend. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 275.
95. Duerst, U. J., Selektion und Pathologie. Arb. d. Dtsch. Ges. f. Züchtungskunde. H. 12. Hannover. M. & H. Schaper.
96. Dufour, Suicide pour ouverture de la gorge à l'aide d'un instrument tranchant. Marseille méd. XLVII. 57—62.
97. Dumas, Georges, Epidémies mentales et folies collectives. Revue philosophique. LXXI. No. 4. p. 384.
98. Dupré, Homicide et suggestion. L'Encéphale. No. 6. p. 545.
99. Derselbe, La folie de Charles VI. étude médico-historique. Revue scient. I. 4—7.
100. Ebstein, Erich, Rütgerodt in Einbeck. Einbecker Zeitung. No. 1.
101. Derselbe, Über angeborene, familiär auftretende Missbildungen an den Händen. Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 22. H. 4. p. 606.
102. Eckstein, Ernst, Ein Kapitel von der Unglaubwürdigkeit von Kinderaussagen. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 41. H. 1—2. p. 147.
103. Eder, Der Schuh in Mythus, in der Symbolik, in der Sage und Legende, im Märchen und im Volksglauben. Der Forscher. 6/7.
104. Egglhubgr, Hans, Ueber Sektionen von Selbstmördern. Inaug.-Dissert. München.
105. Egloffstein, Leo Freiherr von, Religiöse Form und Verbrechersinn. Zwei Geständnisse. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 3—4. p. 339.
106. Ehrenfels, v., Leitziele zur Rassenbewertung. Archiv f. Rassen- u. Gesellschafts-Biologie. 8. Jahrg. Heft I.
107. Eisenstadt, Stillfähigkeit und Psychiatrie. Forstchritte der Medizin. p. 33.
108. Derselbe, Über die Todesursachen der beim Preußischen Beamtenverein von 1903—1908 im Alter von 31—50 Jahren verstorbenen Versicherten. Sex. Probleme. Juni u. Sept.
109. Elderton, Ethel M., On the Marriage of First Cousins. London. Dulau & Co.
110. Ellis, Havelock, Geschlecht und Gesellschaft. Grundzüge der Soziologie des Geschlechts lebens. Deutsch von Hans Kurella. Teil II. Würzburg. C. Kabitzsch.
111. Derselbe, Die Welt der Täume. Deutsch von Kurella. Würzburg. Kabitzsch.
112. Elster, Alexander, Die nächsten wissenschaftlichen Aufgaben in der Alkoholfrage. Soziale Medizin u. Hygiene. Bd. VI. H. 9. p. 376.
113. Eulenburg, A., Die sexuelle Abstinenz und ihre Einwirkung auf die Gesundheit. Die Hygiene. p. 4.
114. Derselbe, Sadismus und Masochismus. 2. zum Teil umgearbeitete Auflage. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
115. Derselbe, Selbstmorde von Kindern und Jugendlichen. Enzyklopäd. Handb. d. Kinderschutzes. 2. 239—244.
116. Evensen, H., Cesare Lombroso som menneske og forsker. Tidsskr. f. d. norske Laegefor. XXXI. 233—248.
117. Ewers, Sœur Jeanne des Auges. Memoiren einer Besessenen. Herausgegeben von Hans Heinz Ewers.
118. Fabrice, Die Lehre von der Kindesabtreibung und vom Kindsmord. 3. Aufl. Bearb. von Dr. Weber. Berlin. H. Barsdorf.
119. Faisant, Les médecins dans l'oeuvre de Zola. Revue de Médecine. No. 10. p. 262.
120. Falk, J., Die sanitären Verhältnisse in den russischen Strafanstalten. Medizin. Klinik. No. 38. p. 1481.
121. Fassbender, M., Alkohol und Kultur. Alkoholismus. N. F. VII. 96—124.
122. Faulks, E., The Sterilisation of the Insane. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 63.



123. Fehlinger, H., Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung? Arch. f. Kriminal-anthropol. Bd. 41. H. 3—4. p. 302.
124. Derselbe, Die Juden. Polit.-anthropol. Revue. X. Jahrg. No. 1. p. 19.
125. Derselbe, Veränderungen der Körperform der Nachkommen der Einwanderer in den Vereinigten Staaten von Amerika. ibidem. No. 8. p. 416.
126. Derselbe, Die Entstehung der Exogamie. Sexual-Probleme. No. 10. p. 680.
127. Derselbe, Ein englischer Gesetzentwurf zur „Verhütung von Unsittlichkeit". ibidem. No. 5. p. 305.
128. Feis, O., Hector Berlioz, eine pathographische Studie. Grenzfragen d. Nerven- und Seelenlebens. H. 81.
129. Fenning, Frederick A., The Discharge of Lunatics by Habeas Corpus Proceedings. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 7. p. 489.
130. Fenton, Frances, The Influence of Newspaper Presentations upon the Growth of Crime and other Anti-Social Activity. Am. Journ. of Sociol. XVI. 342—358.
131. Derselbe, The Press and Crimes Against Person. Bull. Amer. Acad. of Medicine. Oct.
132. Ferrante-Capetti, L., Reati e psicopatie sessuali. Torino. 1910. Fratelli Bocca.
133. Ferrari, M., L'influenza dell'intossicazione alcoolica cronia delle cavie sulla discendenza. Tommasi. Bd. IV. H. 20.
134. Ferrero, Gina Lombroso, Criminal Man According to the Classification of Cesare Lombroso, with an Introduction by Cesare Lombroso. New York and London. G. P. Putnams Sons.
135. Ferrero, Guglielmo, L'eredità intellettuale di Cesare Lombroso. Archivio di Antropol. crim. Vol. XXXII. fasc. III. p. 198.
136. Fiévet, Carl, Ueber kongenitale Missbildungen des äusseren Ohres. Inaug.-Dissert. Bonn.
137. Finger, Zur Syphilis-Prophylaxe. Sex. Probleme. April.
138. Fischberg, Maurice, The Jews. A Study of Race and Environment. London und Felling am Tyne. The Walter Scott Publishing Co.
139. Flachs, Das Geschlechtsleben des Kindes. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 874. (Sitzungsbericht.)
140. Flatau, Polymastie (Hyperthelie). Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1460.
141. Fleischmann, Rudolf, Beiträge zur Lehre von der konträren Sexualempfindung. Zeitschr. f. die ges. Neurol. p. Psychiatrie. Originale. Bd. VII. H. 3. p. 262.
142. Flesch, Max, Über die Sexualität im Kindesalter. Ergänzende Bemerkungen zu dem Aufsatz von Hofrat Dr. L. Loewenfeld. Sexual-Probleme. No. 10. p. 694.
143. Derselbe, Ein Fall von zweigeschlechtlicher Anlage des Geschlechtsapparates. ibidem. No. 9. p. 634.
144. Flint, A., Case of Sexual Inversion. Probably with Complete Sexual Anesthesia. New York Med. Journ. Dec. 2.
145. Fomenko, B. P., Über Mandschurische Taschinen. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. H. 26. p. 255.
146. Forel, A., Einiges über Homosexualität. 44. Jahresvers. des Ver. schweiz. Irrenärzte. Lausanne. 5. Juni.
147. Derselbe, Alkohol und Keimzellen (Blastophtorische Entartung). Münch. Mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2596. u. Arch. internat. de Neurol. Déc. p. 389. (Sitzungsbericht.)
148. Derselbe, Malthusianismus oder Eugenik? München. E. Reinhardt.
149. Freimark, Das Sexualleben der Naturvölker. Leipziger Verlag.
150. Freud, S., Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. I. Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Mann. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. 1910. II. 389—397.
151. Derselbe, Typisches Beispiel eines verkappten Oedipustraumes. ibidem. I. 44.
152. Derselbe, Über wilde Psychoanalyse. ibidem. 91—95.
153. Friedjung, Pathologie des einzigen Kindes. Ärztliche Sammelmappe. No. 2.
154. Friedländer, Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Zur Abwehr der Presseangriffe". Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 35. p. 358.
155. Derselbe, Die Liebe Platons im Lichte der modernen Biologie. Treptow-Berlin. Bernhard Zock.
156. Friedmann, Über die Psychologie der Eifersucht. Grenzfragen des Nerven- u. Seelenlebens. No. 82. Bergmann. Wiesbaden.
157. Fronda, R., Un caso di degenerazione con pervertimenti sessuali. Manicomio. 1910. XXVI. 111—116.
158. Froriep, Die Lehren Franz Joseph Galls. Leipzig. Barth.
159. Fuchs, A., Fall von Hermaphroditismus verus. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. p. 419. (Sitzungsbericht.)
160. Fuchs, Eduard, Die Frau in der Karikatur. München. Albert Langen.



161. Derselbe, Illustrierte Sittengeschichte vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Bd. I. u. II. München. Albert Langen.
162. Fugard, A. L., Alcohol and its Relation to Efficiency and Endurance in the Railroad Man. Railway Surg. Journ. XVII. 447—451.
163. Fuld, Die Jungsfräulichkeit im geltenden deutschen Recht. Sexual-Probleme. No. 7. p. 455.
164. Funaiolo, Gaetano, Contributo di semiotica craniologica su trenta cranii della Morgue di Roma. Arch. di Antropol. crim. T. XXXII. fasc. 4—5. p. 375.
165. Derselbe, Utilizzazione del criterio anamnestico per il precoce segnalamento psicologico del reclutamento. Giorn. di med. militare. Giugno.
166. Funke, M., Geschlechtliche Reizmittel bei den Indonesiern. Anthropophyteia. 1910. VII. 220—224.
167. Fürstenheim, Ärztliche Fürsorge für schwererziehbare Kinder, und die straffällige Jugend. Sonderdruck aus: Die Mitarbeit des Arztes an der Säuglings- und Jugendfürsorge, herausgegeben von Dr. Alfred Peyser, Leipzig. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands. 1910.
168. Gadd, D. Wippell, How Far can the Abuse of Drugs be Prevented by Law? The Lancet. I. p. 932.
169. Gadelius, Hereditary Insanity and Marriage. Svensk. Läk. Sällsk. Förhandling. 1910. 293—318.
170. Gakkebusch, W., Öffentliche psychiatrische Krankenhäuser und kriminelle Geisteskranke. I. Vers. russ. Verb. d. Irrenärzte. Moskau. 4.—11. Sept.
171. Gaupp, Robert, Das Pathologische in Kunst und Literatur. Deutsche Revue. April.
172. Derselbe, Die Darstellung des psychopathologischen in der Kunst. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1163. (Sitzungsbericht.)
173. Giovanetti, J., Etude sur le moine Florentin Jerôme Savonarole d'après Portigliotti. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 153. 231.
174. Giuffrida-Ruggeri, V., La quistione dei pigmei e le variazioni morfologiche dei gruppi etnici. Archivio per l'Antropologia e la Etnologia. Vol. XL. fasc. 3—4. p. 289.
175. Glos, Anton, Ein Heiratsschwindler. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 3—4. p. 335.
176. Goeckel, Die Wandlungen in der Bewertung des neugeborenen Kindes. Archiv f. Gynäkologie. Bd. 94. 1. Heft.
177. Goldscheid, Rudolf, Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie. Leipzig. Dr. Werner Klinkhardt.
178. Goldschmidt, „Einführung in die Vererbungswissenschaft". Leipzig. W. Engelmann.
179. Derselbe, Einführung in die Vererbungswissenschaft. Leipzig. W. Engelmann.
180. Goodel, C. E., Sexual Perversion, its Effects and its Treatment. Med. Era. 1910. XIX. 499—502.
181. Goria, Carlo, Le rughe del palato in speciale rapporto coll'antropologia criminale e la psichiatria. Arch. di Antropologia crim. T. 32. H. 1—2. p. 72.
182. Gottschalk, Alfred, et Marie, A., La maladie et le mort du rois Louis II. de Bavière. Arch. de Neurol. Vol. II. 9. S. No. 4. p. 205.
183. Granzow, Die Diätetik der sexuellen Leidenschaften. Vertrauliches über allerhand Sexualfragen. Leipzig. Schlöffel.
184. Grassl, Arbeit — Kultur — Rasse. Soziale Medizin und Hygiene. Bd. VI. No. 11. p. 461.
185. Grispigni, Filippo, Il penetrare e il diffondersi della scuola positiva italiana in Germania. Arch. di Antropologia crim. T. 31. No. 1—2. p. 55.
186. Groos, Das Spiel als Katharsis. Zeitschrift f. pädagog. Psychologie u. experimentelle Pädagogik. H. 7/8.
187. Gross, Hans, Zur Frage der Selbstkastration. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 3—4. p. 339.
188. Gruber, Georg B., Der Alkoholismus. Leipzig. B. G. Teubner.
189. Gruber, Max v., und Kraepelin, Emil, Wandtafeln zur Alkoholfrage. 2. Aufl. München. Lehmann.
190. Derselbe und Rüdin, Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene. München. Lehmann.
191. Gudden, Die Behandlung der jugendlichen Verbrecher in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Friedrichs Blätter f. gerichtl. Medizin. 61. Jahrg. H. 4 bis 62. Jahrg. Heft 2.
192. Günther, L., Beiträge zur Systematik und Psychologie des Rotwelsch und der ihm verwandten deutschen Geheimsprachen. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 42. H. 1 bis 2. p. 1.
193. Gurlitt, Ludwig, Erziehung des Willens zum Schutz gegen sexuelle Gefahren. Sexual-Probleme. No. 3. p. 175.



194. Gutmann, B., Zur Psychologie des Dschaggerätsels. Zeitschr. f. Etnologie. H. 3—4. p. 522.
195. Haberda, Zur Lehre vom Kindesmorde. Separatabdruck aus den „Beiträgen zur gerichtl. Medizin“. I. Bd. Leipzig u. Wien. Deuticke.
196. Haecker, Allgemeine Vererbungslehre. Braunschweig. Vieweg u. Sohn.
197. Haenel, Die Wohnung und der Lärm. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2107.
198. Haeseler, Beiträge zur Alkoholfrage. Soziale Medizin u. Hygiene. Bd. VI. H. 4. p. 164.
199. Hafter, Ernst, Zum Tatbestand: Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord. Monatsschrift f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 6—7. p. 397.
200. Hahn, Gerhard, Das Geschlechtsleben des Menschen. Leipzig. Joh. Ambr. Barth.
201. Halbey, Kurt, Geistesstörungen, Schwachsinn, psychische Abnormitäten und ihre Bedeutung bei der Einwanderung in die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 18. p. 171.
202. Haldy, Psychologische Rätsel. (Pitaval der Gegenwart No. 2.) Zwei Anklagen wegen Mordes ohne objektiven Tatbestand. Tübingen. Mohr.
203. Hammer, W., Ueber die Gesundheitsschädlichkeit langdauernder geschlechtlicher Enthaltsamkeit. Dtsch. Aerzte-Zeitung. No. 15. p. 345.
204. Derselbe, Die Frage nach den Enthaltsamkeitsstörungen auf der internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Fortschritte der Medizin. No. 50. p. 1187.
205. Hanauer, W., Stillenquêten und Stillpropaganda. Klin.-therap. Wochenschr. No. 1.
206. Hauschild, Wolfgang, Zur Tätowierungsfrage: Ein Fall von Tätowierung des Hinterkopfes. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 1—2. p. 60.
207. Hayem, Henri, Rôle de l'état dans la lutte contre l'alcoolisme. Arch. internat. de Neurol. 9. S. Vol. II. Déc. p. 391. **(Sitzungsbericht.)**
208. Haymann, „Selbstanzeigen Geisteskranker“; Aus: Jurist.-Psychiatr. Grenzfragen. VII. Bd. H. 8. Halle. Marhold.
209. Hecht, d'Orsay, Eunuchism, with Report of a Case. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 684. **(Sitzungsbericht.)**
210. Heermann, Theo, Die Päderastie bei den Sarten. Sexual-Probleme. No. 6. p. 400.
211. Hegar, Alfred, Die Wiederkehr des Gleichen und die Vervollkommnung des Menschengeschlechts. Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. H. 1. p. 72.
212. Derselbe, Das Martyrium des Sexualapparates. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 52. p. 2785.
213. Heinicke, Einige Bemerkungen zu § 18 des Vorentwufrs zu einem deutschen Strafgesetzbuche. Archiv f. Krim.-Anthropol. vom 28. Febr.
214. Hellpach, Willy, Das Pathologische in der modernen Kunst. Heidelberg. 1910. C. Winter.
215. Hellwig, Albert, Jüdischer Meineidsaberglaube. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 41. H. 1—2. p. 126.
216. Derselbe, Volkskundliches und Kriminalpsychologisches aus dem Prozess der Giftmörderin Gesche Margarete Gottfried, hingerichtet im Jahre 1831 in Bremen. ibidem. p. 54.
217. Derselbe, Die Wirksamkeit der Sympathiekuren. ibidem. Bd. 43. H. 1—2. p. 122.
218. Derselbe, Die Schädlichkeit von Schundfilms für die kindliche Psyche. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 22. p. 455.
219. Derselbe, Schundfilms. Ihr Wesen, ihre Gefahren u. ihre Bekämpfung. Halle. Buchhandlung des Waisenhauses.
220. Derselbe, Feuerbestattung und Rechtspflege. Archiv f. Krim.-Anthropol. vom 19. Okt.
221. Helpman, „Over Chanteurs en wat hun Sterkte is.“ Amst. C. L. G. Veldt. 1910.
222. Derselbe, „De Campagne van Mr. E. R. N. Regout, Minister van Justitie. tegen de Homosexueeler.“
223. Derselbe, „De groote Overninning van den Minister van Justitie, critisch toegelicht. Amsterdam. Drukkery Volhanding.
224. Hemenway, H. B., To What Extent Are Suicide and Other Crimes Against Person Due to Suggestion from Press? Bull. Amer. Acad. of Medicine. Oct.
225. Hercod, R., Betrachtungen über das Gotenburger System. Internat. Monatsschr. z. Erforsch. d. Alkoholismus. XXI. 93—99.
226. Derselbe, Législation en matière de débits de boissons. Arch. internat. de Neurol. 9. S. Vol. II. Déc. p. 390. **(Sitzungsbericht.)**
227. Herzog, Alkohol und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. Febr. p. 35.
228. Hillet, Kurt, Homosexualität und Deutscher Vorentwurf. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. H. 1. p. 28.
229. Hirsch, Die kriminelle Bedeutung der weiblichen Brust. Archiv f. Krim.-Anthropol. 7. August.



230. **Derselbe, Der Geburtenrückgang. (Etwas über seine Ursachen u. die gesetzgeberischen Maßnahmen zu seiner Bekämpfung.)** Arch. f. Rassen- und Gesellschafts-Biologie. No. 5.
231. Hirschfeld, Magnus, Homosexualität und Strafrechtsreform. Eine Erwiderung. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 12. p. 551.
232. Derselbe, Über Horror sexualis partialis (sexuelle Teilaversion, antifetischistische Zwangsvorstellungen, Fetischhass). Neurol. Centralbl. No. 10. p. 530.
233. Derselbe, Zweck und Bedeutung der Liebe. Moderne Medizin. No. 12. p. 275.
234. Derselbe und Burchard, Ernst, Spermasekretion aus einer weiblichen Harnröhre. Ein Mann mit vollkommen weiblichen äusseren Genitalien. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 52. p. 2425.
235. Holitscher, A., Der Einfluss des elterlichen Alkoholismus auf die Entwicklung der Kinder. Internat. Monatsschr. z. Erforsch. d. Alkohol. XXI. 15—20.
236. Derselbe, Alkoholismus und Nachkommenschaft. Prager mediz. Wochenschr. Nr. 7. p. 85.
237. Derselbe, Ein Argument gegen den Antialkoholismus. Polit.-anthropol. Revue. No. 12. März. p. 642.
238. Holle, H. G., Schmarotzertum oder Kampf ums Dasein? Polit.-anthropol. Revue. No. 2. p. 92—96.
239. Holmboe, Om egteskapshindringer fra et medicinsk synspunkt. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Oct.
240. Homburger, Das dolose Verschaffen der exceptio plurium. Archiv für Krim.-Anthropol. April.
241. Morde an Homosexuellen. Vierteljahrsschr. d. wissensch.-humanit. Kom. II. 142—194.
242. Hoppe, Hugo, Procreation During Alcoholic Intoxication. Brit. Journ. of Inebr. VIII. 146—150.
243. Derselbe, Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung? Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 1—2. p. 144.
244. Hotter, C., Alkohol und Verbrechen in Niederbayern. Monatsschr. f. Kriminal-psychol. 8. Jahrg. H. 4. p. 228.
245. Derselbe, Menschenopfer in Bayern. Ein modernes Kulturbild aus dem Bierlande. Landshut a. d. Isar. 1910. Selbstverlag.
246. Hughes, C. H., Sadistic Insanity (?) and Pseudo-Expertism in Court. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXII. No. 2. p. 258.
247. Derselbe, Salome the Necrophile. ibidem. Vol. XXXII. No. 2. p. 241.
248. Derselbe, The „Commercial" Medical College Calumny. ibidem. Vol. XXXII. No. 3. p. 469.
249. Huwald, W., Über die forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 41. No. 1—2. p. 1.
250. Hyslop, Theo. B., An Address on the Influence of Parental Alcoholism on the Physique and Ability of Offsprings. The Lancet. I. p. 77.
251. Igard, Séverin, Procédé pour marquer d'un signe indélébile et non infamant les professionnels du crime. Arch. d'Anthropol. crim. T. 25. p. 30.
252. Igard, Procédé pour marquer d'un signe indélébile et non infamant les professionels du crime. Arch. d'Anthropol. crim. Tome XXVI. No. 205.
253. Jakowenko, W., Eine psychische Epidemie auf religiöser Grundlage in den Kreisen Ananjewo und Triaspol des Chersonschen Gouvernements. Psych. d. Gegenw. (russ.) 5. 191.
254. Jassny, Zur Psychologie der Verbrecherin. Archiv f. Krim.-Anthropol. 5. Juli.
255. Joanne, Soeur, Memoiren einer Besessenen. Herausgegeben von Heinz Ewers. Stuttgart. Robert Lutz. (cf. N. 117.)
256. Jelliffe, Smith Ely, Lourdes of Yesterday, To-Day, and To-morrow. A Neurologists Pilgrimage. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 38. p. 748. **(Sitzungsbericht.)**
257. Jendrassik, Ernst, Ueber die Frage des Knabengeburten-Überschusses und über andere Hereditätsprobleme. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 38.
258. Jentsch, Ernst, Die Genialitätslehre Lombrosos. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 3—7. p. 65. 139. 165. 196.
259. Jones, Ernest, Das Problem des „Gemeinsamen Sterbens", namentlich mit Bezug auf den Selbstmord Heinrich v. Kleists. Zentralbl. f. Psychoanal. Sept.
260. Derselbe, Das Problem des Hamlet und der Oedipus-Komplex. Deutsch von Paul Taussig (Wien). Wien. Fr. Deuticke.
261. Jones, G. F., Alcohol and Public Health. Delaware State Med. Journ. Dec.
262. Joseph du Teyl, L'alcoolisme aux colonies. Arch. internat. de Neurol. Déc. p. 389. **(Sitzungsbericht.)**



263. **Jude**, La criminalité alcoolique dans le gouvernement de Lyon et au X[e] corps d'armée. Le Caducée. 1910. No. 14.
264. **Juliusburger**, Otto, Die Homosexualität im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 5. p. 674.
265. Derselbe, Über einen Fall von akuter autopsychischer Bewußtseinsstörung; ein Beitrag zur Lehre von Kriminalität und Psychose. Zentralbl. f. Psychoanal. I. 308—315.
266. **Juquelier et Vinchon**, Obsessions et mélancholie chez un vagabond à internements multiples. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 176. **(Sitzungsbericht.)**
267. **Kafemann**, R., Die Gefahren der sexuellen Abstinenz für die Gesundheit. Sexual-Probleme. No. 1. p. 46.
268. **Kahn**, Max, Molière and the Physician. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. Vol. XXII. Sept. p. 344.
269. **Kaprolat**, Max, Sport und sexuelle Abstinenz. Eine Rundfrage. Sexual-Probleme. No. 4. p. 231.
270. **Kassner**, C., Die Verwertung des Wetterbeobachtungen in Norddeutschland durch die Kriminalistik. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 1—2. p. 154.
271. **Katscher**, Leopold, Fortschrittliches zur Bekämpfung des jugendlichen Verbrechertums. Soziale Medizin u. Hygiene. Bd. VI. H. 7/8. p. 323.
272. **Kauffmann**, M., Die Uebertreibungen der Abstinenz. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 10. p. 289.
273. **Kebler**, L. F., The Present Status of Drug Addiction in the United States. Tr. Am. Therap. Soc. 1910. XI. 105—119.
274. **Keferstein**, Tötungsversuch der Braut im pathologischen Rauschzustande. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 24. Jahrg. No. 11.
275. **Kemsies**, Ferdinand, Schülervergehen und Schulstrafen unter statistischen Gesichtspunkten. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. Heft 10—11. p. 520. 574.
276. Derselbe, Die Hygiene im Lehrplan der Schule. Internat. Archiv. f. Schulhygiene. p. 545.
277. **Kenealy**, Arabella, A Study in Degeneracy. Eugenics Rev. III. 37—45.
278. **Keynes**, J. M., Influence of Parental Alcoholism. Journ. Royal Statist. Soc. LXXIV. 339—345.
279. **Kiernan**, Jas. G., Legal Status of the Unborn. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXII. No. 2. p. 262.
280. Derselbe, Asceticism as an Auto-Erotism. ibidem. Vol. XXXII. No. 3. p. 407.
281. Derselbe, Thumb-Sucking an Auto-Erotic Phenomenon. Pediatrics. XXIII. 197—212.
282. **Kirby**, George H., Race and Alcoholic Insanity. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. No. 1. p. 9.
283. **Kirchwey**, George W., The Future Attitude Toward Crime. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 501.
284. **Kleemann**, E., Die Zeit. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 43. H. 3—4. p. 305.
285. **Klotz**, Nouvelle théorie sexuelle. Gaz. des hôpitaux. p. 897. **(Sitzungsbericht.)**
286. **Koppe**, Robert, Projekt zur völligen Beseitigung der Volkstrunksucht bei gleichzeitiger beträchtlicher Vermehrung der Staatseinnahmen in Russland. Moskau.
287. **Köppen**, Zur Frage der Beurteilung des Selbstmordes in Versicherungsangelegenheiten. Charité-Annalen. Bd. 35. p. 256—275.
288. **Koren**, John, Criminal Statistics in the United States (Report of Committee (3) of the Institute). Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 568.
289. **Kraus**, E., Was heisst Rassenverfall. Polit.-anthropol. Revue. No. 9—10.
290. **Krauss**, W., Ein Bauernmord an Ehefrau und Schwiegertochter. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 1—2. p. 109.
291. Derselbe, Das Geschlechtsleben in Glauben, Brauch und Gewohnheitsrecht der Japaner. 2. neu bearb. Auflage. Leipzig. Ethnolog. Verlag.
292. **Kühner**, Die Zweckehe. Polit. Anthropol. Revue. No. 12.
293. **Kunike**, H., Das sogenannte „Männerkindbett". Zeitschr. f. Ethnologie. H. 3—4. p. 546.
294. **Küppers**, Alexis, Die bedingte Entlassung (§§ 23—26 St.G.B.). Mit besonderer Berücksichtigung der Bestimmung des Vorentwurfs zu einem Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. 1909. (§§ 26—29.) Inaug.-Dissert. Bonn.
295. Derselbe, Vorschläge zur Aufsicht über die bedingt Entlassenen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 5. p. 287.
296. Derselbe, Reformverschläge zur bedingten Entlassung. Der Gerichtssaal. Bd. LXXVII. H. 5—6.
297. **Lac**, A. du, Une mercuriale belge. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 119.
298. **Lacaze**, De la criminalité féminine en France. (Etude statistique et médico-légale). Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 449.



299. Lancy Carter, de, Inebriety: Its Common-Sense-Consideration with a View of Eliciting, its Cure, Prevention, Suppression and Final Eradication. Medical Record. Vol. 79. No. 6. p. 247.
300. Landsberg, Hausbesitz und Bordell. Sex. Probleme. März.
301. Langdon, F. W., Life, Mind and Matter. The Alienist and Neurol. Vol. XXXII. No. 2. p. 244.
302. Laquer, Das bewegte Lichtbild als Anreiz zu Vergehen im kindlichen Alter. Neurol. Centralbl. p. 887. (Sitzungsbericht.)
303. Laurent, Émile, Les Sharimbary de Madagascar. Arch. d'Anthropol. crim. T. 26. p. 241.
304. Laurent, J., Attentat pédérastique aigu. Journal de Médecine de Paris. No. 17. p. 341.
305. Lebrun, O., Un mode peu connu d'auto-mutilation. Recueil de méd. vét. 1910. p. 765.
306. Ledermann, Das Recht des Ahnenstolzes. Sex. Probleme. Juni.
307. Leoncini, Francesco, Di un singolare caso di suicidio per intasamento delle vie aeree. Arch. di Antrop. crim. T. XXXII. fasc. 3. p. 247.
308. Leonhardt, Johannes, Die Alkohol-Frage in der Grossstadt. Hamburg.
309. Leppmann, Fritz, Verbrechen und Selbstmord. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3. p. 189. (Sitzungsbericht.)
310. Levor, M., Die „Liebeskrankheit" in Goethes Dichtung. Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 5. p. 220.
311. Lewis, O. F., Some Social Cause of Criminality. Medical Record. Vol. 79. p. 462. (Sitzungsbericht.)
312. Licht, H., Der παιδῶν ἔρος in der griechischen Dichtung. Anthropophyteia. 1910. VII. 128—179.
313. Liebermann von Sonnenberg, Zwei Fälle von Besudelung. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 3–4. p. 281.
314. Liebetrau, Beitrag zur Psychologie des Familienmordes. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 23. Jahrg. 1910. No. 17.
315. Liesegang, Raphael Ed., Stateira. Frankfurt a. M. Raphael Liesegang.
316. Lilienthal, Erich, Die Geschichte der Luise von Toskana. Sexual-Probleme. No. 11. p. 763.
317. Derselbe, Die Unverschämtheiten des schüchternen Jünglings. ibidem. No. 5. p. 310.
318. Derselbe, Die skandalösen alten Jungfern. ibidem. No. 6. p. 389.
319. Linthicum, G. M., Prevention of Inebriety. Maryland Med. Journ. Sept.
320. Lipa, Bey, Die moderne Ehe. Sexual-Probleme. No. 3. p. 198.
321. Derselbe, Die Ehe ist das Grab der Liebe. ibidem. No. 9. p. 636.
322. Derselbe, Der Eunuch. ibidem. No. 10. p. 674.
323. Liszt, Dr. Eduard Ritter v., Rechts- oder Beweisfrage? Sex. Probleme. Dez.
324. Lloyd, James Hendric, The So-Called Oedipus-Complex in Hamlet. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. No. 19. p. 1377.
325. Locand, La preuve par les empreintes digitales dans trois affaires récentes de vol avec effraction. Arch. d'Anthropol. crim. Tome XXVI. No. 208.
326. Loewenfeld, L., Über die Sexualität im Kindesalter. Sexual-Probleme. No. 7—8. p. 444. 516.
327. Derselbe, Über die sexuelle Konstitution and andere Sexualprobleme. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
328. Derselbe, Über Masturbation. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1273. (Sitzungsbericht.)
329. Lohsing, Der Kampf um die Todesstrafe. Archiv f. Krim.-Anthr. 7. Aug.
330. Lombroso, Cesare, Dinamometria dell'uomo sano e dell'alienato. — Algometria elettrica dell'uomo sano ed alienato. Archivio di Antropologia. Vol. XXXII. fasc. III. p. 177. 179.
331. Lomer, Georg, Krankes Christentum. Gedanken eines Arztes über Religion und Kirchenerneuerung. Leipzig. J. A. Barth.
332. Derselbe, Ueber die Selbstmorde in Deutschland. Polit.-anthropol. Revue. X. Jahrg. No. 3. p. 149.
333. Lucas, Clement, The Bradshaw Lecture on Some Points in Heredity. The Lancet. II. p. 1755.
334. Mac Auliffe et Arone, Les applications de la morphologie humaine à la sociologie et à la médecine. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 6. p. 362. Vol. II. p. 20. 85.
335. Mac Donald, A., Scientific Study of the Criminal. Amer. Legal News. Mai.
336. Derselbe, Assassins of Rulers. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 505.
337. Mac Phail, H. D., A Case of Moral Insanity with Pyromania. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 124.
338. Maes, Jos., Notes sur le matériel du féticheur, Baluba. Man. Dec. p. 101—102.
339. Magnan, Inversion du sens génital chez un pseudo-hermaphrodite féminin. Gaz. méd. de Paris. No. 96. p. 169.



340. Derselbe et Pozzi, Inversion du sens génital chez un pseudo-hermaphrodite féminin. Sarcome de l'ovaire gauche opérée avec succès. Bull. de l'Acad. de Médecine. No. 8. p. 223.
341. Maier, Hans W., Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen. Bd. VIII. H. 1—3. p. 3. Halle a. S. C. Marhold.
342. Mairet, Le vagabondage constitutionnel ou des dégénérés. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. 14. No. 1—3. p. 5. 215. 353.
343. Majerus, P., Brautwerbung und Hochzeit bei den Wabende (Deutsch-Ostafrika). Anthropos. Bd. VI. H. 6. p. 893.
344. Major, G., Sexuell leicht erregbare Kinder. Die Gesundheitswarte. H. 4.
345. Derselbe, Krankhaft oder verkommen oder verbrecherisch veranlagt? Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 4. p. 262.
346. Makino, E., Der Rückfall nach der japanischen Kriminalstatistik. Arch. f. Kriminal-anthropol. Bd. 43. H. 3—4. p. 323.
347. Marcuse, Max, Die antineomalthusianischen Bestimmungen in dem „Entwurf eines Gesetzes gegen Missstände im Heilgewerbe". Sexual-Probleme. No. 2. p. 81.
348. Margulies, Über eine Nadelschluckerin. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 3. F. 41. Bd. II. Suppl.-H.
349. Martens, Robert, Der Tonus palatinus als Rassenmerkmal. Inaug.-Dissert. Rostock.
350. Martin, Etienne, L'anthropométrie des dégénérés. Modifications des rapports entre les mensurations des différents segments du corps. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 248. u. La Province médicale. No. 15. p. 166.
351. Derselbe, L'antropométrie des dégénérés. Rapport de la taille et de la grande envergue. Revue de Médecine. No. 10. p. 513.
352. Derselbe, Infanticide commis sur des jumeaux. Arch. d'Anthropol. crim. Tome XXVI. No. 207.
353. Marx, Hugo, Schuld und Strafe. Ein kriminalpsychologisches Vorwort zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Arch. f. Kriminalanthropologie. Bd. 42. H. 3—4. p. 304. Bd. 43. H. 1—2. p. 91.
354. Matignon, J. J., Opothérapie hépatique et cannibalisme en Chine. Journal scientifique et méd. de Poitiers. No. 6. p. 101.
355. Matthias, A., Die Erziehung unserer Jugend zu Selbst- und Freiheitsgefühl. Deutsche Revue. I. 278—293.
356. Maxwell, L'action psychologique des peines. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 47.
357. Mayer, Alfred, Der Tod der Prinzessin von Lamballe. Ein Beitrag zur Psychologie des Massendelikts. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 2. p. 86.
358. Mayer, Julius M., Legal Aspects and Problems of Preventive Measures. Medical Record. Vol. 79. p. 463. (Sitzungsbericht.)
359. Mayr, Georg v., Kriminalstatistik und „Kriminalätiologie". Monatsschr. f. Kriminal-psychol. 8. Jahrg. H. 6—7. p. 333.
360. Mayrac, De la santé psychique du soldat. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 125.
361. Mc Mahon, T. E., The Use of Alcohol and the Life Insurance Risk. Medical Record. Vol. 80. No. 23. p. 1121.
362. Mc Worther, G. T., State Care of Epileptics. Southern Med. Journal. Dec.
363. Meirowsky, E., Geschlechtsleben, Schule und Elternhaus. Leipzig. J. A. Barth.
364. Meissner, Die willkürliche Regelung der Geburten im Lichte des Rechts, der Moral und der Gesundheit. Zeit.-Verlag. Berlin.
365. Meldola, Der Alkoholmissbrauch in Hamburg in seinen Beziehungen zum Jugendalter. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 326.
366. Menzler, Kinder von Verlobten. Sexual-Probleme. p. 1.
367. Merrins, E. M., Inquests in China. China Med. Journ. XXVI. 93—99.
368. Meyer, Bruno, Homosexualität und Strafrecht. Archiv f. Kiminalanthropol. Bd. 44. H. 3—4. p. 249.
369. Derselbe, Der Kampf gegen den Schmutz. Sexual-Probleme. No. 4. p. 248.
370. Derselbe, „Mit dem unehelichen Vater nicht verwandt." ibidem. No. 8. p. 511.
371. Meyer, M., Staatsverbot und Gemeindebestimmungsrecht in den Vereinigten Staaten. Alkoholismus. 1910. N. F. VII. 74—81.
372. Meyer, Sittlichkeitsverbrechen. Verlag der Schönheit. Berlin-Leipzig. Werder a. H.
373. Mezger, Zur Frage der „Ärztlichen Zwangsuntersuchungen". Archiv f. Krim.-Anthropol. 30. August.
374. Michaelis, A., Strafbares Ausstellen, Ankündigen und Anpreisen von „Gegenständen", die zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt sind. Sexual-Probleme. p. 11.
375. Derselbe, Der Alimentationsanspruch des Unehelichen gegen den Erzeuger. ibidem. No. 11. p. 729.

376. Michaëlis, Karin, Elsie Lindtner. Roman. Berlin. Concordia Verlags-Anstalt. G. m. b. H.
377. Michels, Die Grenzen der Geschlechtsmoral. Prolegomena, Gedanken und Untersuchungen. 2. Auflage. München. Frauenverlag.
378. Michels, Roberto, Cesare Lombroso. Note sull'uomo politico e sull'uomo privato. Arch. di Antropol. crim. Vol. XXXII. fasc. 4—5. p. 353.
379. Mingazzini, G., Die Krankheiten des Nervensystems und das sexuelle Problem. Sexual-Probleme. No. 8. p. 505.
380. Mönkemöller, Zur Kriminalität des Kindesalters. Archiv f. Krim.-Anthropol. vom 28. Febr.
381. Moody, G. H., Prophylactic Suggestions in Degenerative Tendencies. Texas State Journ. of Medicine. Febr.
382. Moravcsik, Ernst Emil, Die Schutzmassregeln der Gesellschaft gegen die Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 9. Dez. p. 529.
383. Morselli, Enrico, Die philosophischen Grundlagen der Lehre Lombrosos. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 6—7. p. 330.
384. Mosum, H. O., Der Mann von fünfundvierzig. Bekenntnisse an einen Jugendfreund. Leipzig. Georg Wigand.
385. Müller, W., Japanisches Mädchen- und Knabenfest. Zeitschr. f. Ethnologie. H. 3—4. p. 568.
386. Mulready, E., Remarks on Inebriety. N. England M. Month. 1910. XXIX. 451—453.
387. Münzer, Arthur, Psychische Epidemien. Medizin. Klinik. No. 2. p. 79.
388. Näcke, P., Homosexualität und Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 3. p. 295.
389. Derselbe, Alkohol und Homosexualität. ibidem. Bd. 68. H. 6. p. 852.
390. Derselbe, Biologisches und Forensisches zur Handschrift. Neurol. Centralbl. No. 12. p. 642.
391. Derselbe, Zur Frage der sexuellen Abstinenz. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 43. p. 1986.
392. Derselbe, Die diagnostische und prognostische Brauchbarkeit der sexuellen Träume. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung. No. 2. p. 24.
393. Derselbe, Hochgradigste Entartung eines Idioten. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1—2. p. 35.
394. Derselbe, Über tardive Homosexualität. Sexual-Probleme. No. 9. p. 612.
395. Derselbe, Die Notwendigkeit ärztlicher Leitung an Defekten-Anstalten. (Anstalten für Idioten, Schwachsinnige, Epileptiker, Taubstumme, Fürsorgezöglinge etc.) Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 41. H. 1—2. p. 88.
396. Derselbe, Die Schrift-Vergleichungen in der Shakespeare-Bacon-Frage. ibidem. Bd. 42. H. 1—2. p. 108.
397. Derselbe, Das Ende eines Hochstaplers. Verbrechen in der Schlaftrunkenheit. Handschrift und Aberglauben. Ausspucken und Aberglauben. ibidem. Bd. 42. H. 3—4. p. 367—369.
398. Derselbe, Zur Identifizierung verwandter Personen. ibidem. Bd. 43. H. 1—2. p. 72.
399. Derselbe, Ein echter (?) Fall von Hermaphroditismus. Die Päderastie aus sakralen Gründen. Neuere Untersuchungen über Hodenveränderungen. Rehabilitation der Bastille. Eine neue Definition von Zurechnungsfähigkeit. Merkwürdige Folgen einer machtvollen Suggestion. Auftauchende Visionen als eine Quelle der Kinderlügen. Ein Gefühls-Genie. ibidem. Bd. 43. H. 3—4. p. 340—346.
400. Derselbe, Wert des Zeugnisses von Normalen. Dämmerzustand nach Kopfverletzung. Sichtbarmachung wenig hervortretender Flecken etc. am Körper oder an Gegenständen. Zur Psychologie des Ins-Gedächtnis-Zurückrufens. Verbrechen und Jugendlektüre. Über Bilderfetischismus. Aerztliche Zwangsuntersuchungen. Zur Physiologie der Handschrift. Alkohol und Presse. Die deutsche Einheitsschrift. Die sog. „Friedhofswanzen". Echte Homosexualität bei Pseudohermaphroditen. Neue Theorie der Entstehung der Homosexualität. Zur Statuenliebe (Pygmalionismus). Die mechanische, postmortale Muskelerregbarkeit zur Zeitbestimmung, wann der Tod frühestens eingetreten ist. ibidem. Bd. 45. H. 1—2. p. 164—180.
401. Derselbe, Ist ein bestimmtes Sperma befruchtungsfähig oder nicht? Das Material der Fürsorgezöglinge. Zur Verkehrung des Mutterinstinktes bei Tieren. Die nakte Frau als Vertreiberin der Dämonen. Das Unwesen der Masseusen. Syphilis als angebliche Ursache der Homosexualität. Eheverbote und Kastration aus sozialen Gründen. Die Rolle des Geruchs im Philtrum. Warnung vor überschneller Annahme von Sadismus und Masochismus. Verdrängte Inzestgedanken als angebliche Ursache der Homosexualität. Naturheilanstalten als sexuelle Reizanstalten. ibidem. Bd. 41. p. 151-159.
402. Derselbe, Das „Hören" durch die Haut. Für die Feuerbestattung. Kinder in Trance-Zuständen. Der Selbstmord als an sich selbst vollzogene Strafe. Aberglauben als



Grund von Selbstmord. Künstlicher Abortus oder Sterilisation? Schnelles Verschwinden der Kindestötung. Auto-Sadismus und autosadistischer Selbstmord. Der erneute eventuell veränderte Geschlechtstrieb mancher Greise. Die Gefahren der klandestinen Prostitution. Der relative Wert der Degenerationszeichen. Mord durch Suggestion. Überschätzung der Entartungszeichen. ibidem. Bd. 42. H. 1—2. p. 167—175.
403. Derselbe, Die Cheiroskopie als nötige Ergänzung der Daktyloskopie. ibidem. Vom 5. April.
404. Derselbe, Verbrechen in der Schlaftrunkenheit. ibidem. 7. August.
405. Nammack, Charles Edward, Is Sterilization of the Habitual Criminal Justifiable? Medical Record. Vol. 79. No. 6. p. 249.
406. Navarre, Just, La colonite. Arch. d'Anthropol. crim. T. 25. p. 27.
407. Newton, J., Alcohol and Primitive Races. Brit. Journ. of Inebr. VII. 122—134.
408. Noack, Victor, Die Dirnen der Karin Michaelis. Sexual-Probleme. No. 2. p. 136.
409. Nolte, Zur Frage des Shocktodes. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. 41. Bd. 2. Heft.
410. Nordin, Die eheliche Ethik der Juden zur Zeit Jesu. Beitrag z. zeitgeschichtl. Beleuchtung der Aussprüche des Neuen Testamentes in sex. Fragen. Nach d. schwed. Handschrift verdeutscht v. W. A. Kastner u. Gust. Lewié. In: Beiwerke zum Studium der Anthropophyteia. IV. Bd. Leipzig. Ethnolog. Verlag.
411. Notthafft, v., Alkohol und Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bekämpfung der Geschlechtskrankh. Bd. 12. No. 4. p. 117.
412. Nyström, Sexualleben und Gesundheit. Berlin. Oesterheld u. Co.
413. Oberholzer, Emil, Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen. Bd. VIII. H. 1/3. p. 25.
414. Ohrt, E., Totengebräuche in Japan. Mitt. Dtsch. Ges. f. Nat. u. Völkerk. Ostasiens in Tokio. XIII. 81—121.
415. Ostwald, Große Männer. Leipzig. Akadem. Verlagsgesellschaft m. b. H.
416. Oswald, Karl, Zur Frage des Aberglaubens. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 42. H. 3—4. p. 370.
417. Padovani, E., I piu recenti studi sui rapporti fra emigrazione e pazzia. Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bd. 38. Ferrara.
418. Papadaki, A., L'aliénation mentale d'un prisonnier. (Les derniers jours du régicide Lucheni.) L'Encéphale. No. 1. p. 67.
419. Paris, A., Les troubles de l'intelligence, de la sensibilité ou de la volonté chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou nourrices. Paris. A. Maloine.
420. Parker, C. H., Persönliche Erinnerung betreffend Opiumraucher (1896). Aerztl. Mission. 1910. V. 121. VI. 28.
421. Patrizi, M. L., La fase psicologica dell'antropologia criminale e la monogenesi del dilitto. Scuola positiva. XXI. 146—150.
422. Pearson, K., Influence of Parental Alcoholism. Journ. Roy. Statist. Soc. London. LXXIV. Pt. II. 221—229.
423. La peine de mort. Opinions des criminalistes russes. Recueil traduit et publié sous la rédaction d'Edouard Pons. Etud. en droit à l'Univ. Impér. de Moscou. Moscou. 1910.
424. Pérez Vento, G., Crimen y locura. Rev. de med. y cirurg. de la Habana. 1910. XV. 727—736. XVI. 315—319.
425. Petrazzini, Pietro, Le degenerazioni umane (studio di biologia clinica). Milano. F. Vallardi.
426. Petschek, Zum Kapitel „Augenzeugen". Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 45. H. 1—2. p. 164.
427. Pettow, R., Ueber eine besondere Form sexueller Anomalie. (Selbststudie über Retour à l'enfance). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 5. p. 692.
428. Peyser, Alfred, Die Mitarbeit des Arztes an der Säuglings- und Jugendfürsorge. Leipzig. 1910. Buchh. des Verbandes der Aerzte Deutschlands.
429. Pfaundler, Pubertas praecox. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 601. (Sitzungsbericht.)
430. Pfeiffer, Ärztliches zur Ehereform. Arch. f. Kriminalanthrop. 42. 193.
431. Pfungst, Arthur, Il più antico documento di antropologia criminale. Arch. di Antropol. crim. T. 32. No. 6. p. 580.
432. Phelps, E. B., Neurotic Books and Newpapers as Factors in Mortality of Suicide an Crime. Bull. Amer. Acad. of Medecine. Oct.
433. Pieper, Die öffentliche und private Trinkerfürsorge. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 43. H. 2. p. 290—315.
434. Ploetz, Ziele u. Aufgaben der Rassenhygiene. Sonderabdruck aus dem Bericht des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. (35. Tagung.) Braunschweig. Vieweg u. Sohn.
435. Ploss, Heinrich, Das Kind in Brauch und Sitte der Völker. Völkerkundliche Studien.



3. gänzlich umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. Herausgegeben von B. Renz. Leipzig. Griebens Verlag.
436. Plüschke, Die körperliche Züchtigung der Schüler und ihre Grenzen. Eine Sammlung von Regierungs- und Ministerialverfügungen, sowie Oberverwaltungs- und Reichsgerichtsentscheidungen. Langensalza. Julius Beltz. 1910.
437. Pollak, Max, Ungewöhnliche Fälle von Selbstmord durch Erhängen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 11. p. 478.
438. Popow, N., Die zeitgenössische Schülerselbstmordepidemie in Russland. Neurol. Bote. (russ.) 18. 512.
439. Porosz, Moritz, Die Bedeutung und die Erklärung der sexuellen Träume. Arch. f. Dermatologie. Bd. CXI. H. 1—2. p. 9. und Gyógyászat. No. 29. (Ungarisch.)
440. Derselbe, Über die psychische Onanie. Zeitschr. f. Urologie. Bd. V. H. 9. p. 757.
441. Posner, C., Die Hygiene des männlichen Geschlechtslebens. 6 Vorlesungen. Leipzig. Quelle & Meyer.
442. Praetorius, N., Ueber gleichgeschlechtlichen Verkehr in Algerien und Tunis. Anthropophyteia. 1910. VII. 179—188.
443. Derselbe, Homosexuelle arabische Liebesgedichte. ibidem. p. 189—195.
444. Derselbe, Die Bibliographie der Homosexualität aus den Jahren 1908 und 1909. Vierteljahrsbuch d. wissensch. humanit. Kom. II. 319—341.
445. Derselbe, Weitere kritische Aeusserungen über den Homosexualitäts-Paragraphen 250 (bisher § 175) des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. ibidem. 235—288.
446. Preobrashensky, P., Nerven- und Geisteskranke als Kulturobjekte. Revue f. Psych. (russ.) 16.
447. Preuss, Biblisch-talmudische Medizin. Beiträge zur Geschichte der Heilkunde u. der Kultur überhaupt. Berlin. S. Karger.
448. Quanter, Die Sittlichkeitsverbrechen im Laufe der Jahrhunderte u. ihre strafrechtliche Beurteilung. 6. verm. u. vollst. umgearb. Aufl. Berlin. H. Bermühler.
449. Quiros, Constancio Bernaldo de, Modern Theories of Criminality. Boston. Little, Brown & Co.
450. Quiros, David, Les jeux de hasard dans le prison den San José de Costa-Rica. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVI. p. 427.
451. Raecke, Psychiatrisches zur Behandlung krimineller Kinder mit besonderer Berücksichtigung der vorbildlichen amerikanischen Einrichtungen. Münch. Mediz. Wochenschrift. 1912. p. 224. (Sitzungsbericht.)
452. Rahmer, S., Nikolaus Lenau als Mensch und Dichter. Ein Beitrag zur Sexualpathologie. Berlin. Carl Curtius.
453. Rasser, E. O., Die Kriminalität des Kindesalters. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 6. p. 421.
454. Rauschberg, Das kranke Gedächtnis. Leipzig. Joh. Ambr. Barth.
455. Reent Martens, Der Torus palatinus als Rassenmerkmal. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. LXIII. H. 1—2. p. 153.
456. Reibmayr, Albert, Die Züchtung des religiösen Talentes und Genies im israelitisch-jüdischen Volke. Polit.-anthropol. Revue. X. Jahrg. No. 4—6. p. 169. 240. 281.
457. Reitler, R., Eine infantile Sexualtheorie und ihre Beziehung zur Selbstmordsymbolik. Centralbl. f. Psychoanalyse. 2. 115.
458. Riémain, Organisations privées contre l'alcoolisme. Arch. internat. de Neurol. 9. S. Vol. II. Déc. p. 393. (Sitzungsbericht.)
459. Rohleder, H., Die Zeugung beim Menschen. Leipzig. Thieme.
460. Derselbe, Paragraph 250, der Ersatz des Paragraphen 175, in seinen eventuellen Folgen für das weibliche Geschlecht. Reichs-Medizinalanzeiger. No. 3. p. 67.
461. Derselbe, Zur Frage der Gefahren der Sexualabstinenz. Zeitschr. für Bekämpfung der Geschlechtskrankh. Bd. XI. H. 7. p. 263.
462. Derselbe, Die Masturbation. Eine Monographie für Aerzte, Pädagogen und gebildete Eltern. 3. Auflage. Berlin. Fischers mediz. Buchhandlg.
463. Derselbe, Die Folgen der Blutsverwandtschafts-Ehe. Sexual-Probleme. No. 11—12. p. 750. 823.
464. Derselbe, Die Prostitution während der Weltausstellung in Brüssel. ibidem. p. 27.
465. Rose, A., Weibliche Frigidität und die Therapie derselben. Allgem. Wiener Mediz. Zeitung. No. 17—18. p. 189. 198.
466. Röttger, Walter, Über Haarverletzungen und über die postmortalen Veränderungen der Haare in forensischer Beziehung. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 44. H. 3—4. p. 209.
467. Round, J., The Personality of the Alcoholist. Med. Times. XXXIX. 242—245.
468. Rudert, Theodor, Neue Theorien über die geschlechtliche Liebe, die geschlechtlichen Perversionen, die Charakterverschiedenheit der Geschlechter, das sexuelle Problem als Weltanschauungsfrage. Halensee-Berlin.

469. Rudolf, E., Die Prohibition in Amerika. Ihre Erfolge und ihre Grenzen. Intern. Monatsschr. z. Erforschg. d. Alkohol. XXI. 1—14. 81—93.
470. Ruggles-Brise, E., The New World and Crime. Survey. 1910. XXV. 179—181.
471. Rupprecht, Der jugendliche Sexualverbrecher. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin. Juli/Aug. p. 241.
472. Derselbe, Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 14. p. 742.
473. Derselbe, Strichjungen. Eine Grossstadtstudie. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 4. p. 221.
474. Ryckere, Raymond del, Un laboratoire d'anthropologie pénitentiaire. Le mouvement criminologique. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 938.
475. Sadger, J., Zur Aetiologie der konträren Sexualempfindung. Zentralbl. f. Psychoanal. 1910. I. 127.
476. Saint-Paul, Georges, L'homosexualité et les types homosexuels par Laupts (pseud.). Nouvelle édition de perversion et perversité sexuelles. Préface d'Emile Zola. Paris. 1910. Vigot frères.
477. Salaman, Redcliffe N., Heredity and The Jew. Journal of Genetics. Vol. I. No. 3. p. 273.
478. Salles y Ferré, M., Origen y causa del pauperismo. Arch. de Psiquiatria y Criminol. 10. 541.
479. Salzberger, Max, Kasuistische Mitteilungen über einen Eunuchoiden. Neurolog. Centralbl. No. 10. p. 542.
480. Sanchez-Herrero, Abdon, Condorcet. Arch. españ. de Neurol. 1910. T. I. No. 12. p. 391—395.
481. Sandner, Zur Frage der Bekämpfung des Alkoholismus in Elsass-Lothringen. Strassburger Mediz. Zeitung. H. 4. p. 49—59.
482. Sano, F., en Schamelhout, G., Flämische medizinische Litteratur vor dem 20. Jahrhundert. Ned. Boekhandel. Antwerpen.
483. Sauerbeck, Ernst, Der Hermaphroditismus vom morphologischen Standpunkt aus. Ergebn. d. allgem. Pathologie. XV. Jahrg. 1. Abt. p. 378.
484. Schallmayer, Rassedienst. Sex. Probleme. Juli u. August.
485. Scharffenberg, J., Der Einfluss des Alkoholverbotes an Sonn- und Feiertagen auf die Trunkenheit und die Körperverletzungen. Internat. Monatsschr. z. Erf. d. Alkoholismus. XXI. 203—214.
486. Schelenz, Shakespeare als Arzt Volkskundiger. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2472. **(Sitzungsbericht.)**
487. Derselbe, Syphilis u. Prostitution in Shakespeares Dramen. Klin.-therapeut. Wochenschrift. Wien-Berlin.
488. Scheuer, Oskar, Ein Fall von vorzeitiger Entwicklung bei Hermaphroditismus mit Wachstumsstörung und Hypertrichosis. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XVII. H. 3. p. 153.
489. Derselbe, Die Erotik im Tanze. Sex.-Probleme. VII. 38—45.
490. Derselbe, Der Kuss und das Küssen. ibidem. No. 7. p. 460.
491. Derselbe, Über Priapismus. Archiv f. Dermatol. Bd. CIX. H. 3. p. 449.
492. Schilling, F., Der Selbstmord. Friedrichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Mai-Juni. p. 205.
493. Schmölder, Die Prostitution u. das Strafrecht. Reinhardt. München.
494. Schneickert, Hans, Zur Geschichte des Kriminalromans. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 41. H. 3—4. p. 307.
495. Derselbe, Kinematographische Steckbriefe. ibidem. 5. April.
496. Derselbe, Kinematographische Tatbestandsaufnahmen. ibidem. 22. Mai.
497. Derselbe, Neues vom alten Betrug. ibidem. Bd. 43. H. 3—4. p. 295.
498. Schnitzer, Hubert, Die soziale Bedeutung der geistigen Schwächezustände. Zeitschrift f. die Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 358.
499. Schöne, Walter, Walt Whitman und seine Phalluspoesie. Sexual-Probleme. No. 3—5. p. 185. 261. 319.
500. Schouten, Ein wegen Zeugenaussagen merkwürdiger Fall aus der alten niederländischen Kriminalgeschichte. Archiv f. Krim. Anthropol. vom 5. April.
501. Schrenck-Notzing, v., Freiherr, Über ein sexuelles Attentat auf eine Hypnotisierte. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 1—2. p. 139.
502. Schulthess, F., Liste von Arbeiten und Zeitschriften, den Missbrauch und Bekämpfung des Gebrauchs alkoholischer Getränke betreffend. (Seit dem 17. Jahrhundert bis zum Jahre 1911.) Internat. Kongr. in Scheveningen. 2.—16. Sept. 's Gravenhage.
503. Schultz, Das Geschlechtliche in gnostischer Lehre und Übung. Zeitschr. für Religionspsychologie. Juni.
504. Schuppius, Fürsorgeerziehung und Militärdienst. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 22. p. 865—873.



505. Schütz, Roland, Ein Beitrag zum Problem des Selbstmordes mit besonderer Rücksicht auf Schleiermacher. Zeitschr. f. Religionspsychol. Bd. V. H. 1. p. 24.
506. Derselbe, Aphorismen über Heinrich von Kleist. ibidem. Bd. 5. H. 9. p. 300.
507. Schütze, W., Kriminalistische Studien. I. Erinnerungstäuschung durch Kopfverletzung. II. Die Fingerschau in den Justiz-Gefängnissen von Mecklenburg-Schwerin. III. Jüdischer Meineidsaberglaube. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 1—2. p. 174. 176. 190.
508. Derselbe, Fünfstündige Abschlachtung einer Geisteskranken durch ihren Mann und ihre 73 jährige Mutter. ibidem. Bd. 42. H. 1—2. p. 136.
509. Schwarze, Vollendete und bezw. versuchte Tötung durch Gift, verübt von der Mutter an den eigenen Kindern. Archiv f. krim. Anthropol. vom 5. April.
510. Seelig, Die Jugendlichen im Vorentwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 17. Jahrg. No. 8.
511. Selckmann, Erich, Selbstmord, Teilnahme am Selbstmord und Tötung auf Verlangen. Inaug.-Dissert. Greifswald.
512. Sellheim, Hugo, Das Geheimnis des Ewig-Weiblichen. Stuttgart. Ferd. Encke.
513. Sello, J. E., Die Irrtümer der Strafjustiz und ihre Ursachen. Todesstrafe und lebenslängliches Zuchthaus in richterlichen Fehlsprüchen. Berlin. R. v. Decker.
514. Semenov, A., Zur dorischen Knabenliebe. Philologus. N. F. XXIV. 146—150.
515. Senf, Rudolf, Zur Psychologie des Lustmörders. **Sprechsaal.** Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 5. p. 299.
516. Serenus, Aeskulap als Harlekin. Humor, Satire und Phantasie aus der Praxis. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
517. Sérieux, Paul, et Libert, Lucien, La bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sureté. L'Encéphale. 2. S. No. 7—10. p. 18. 112. 223. 366.
518. Dieselben, Prisons d'état et asiles de sûreté. Les anormaux constitutionels à la Bastille. Revue neurol. 2. S. p. 301. (**Sitzungsbericht.**)
519. Derselbe et Lwoff, Moyens de contrainte employés envers les aliénés au Maroc. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 5. p. 185—190.
520. Siefart, Die soziale Schädigung durch das Kurfuschertum. Zeitschr. f. Kriminalspych. 8. 491.
521. Simonot, Octave, Psychologie physiologique de la prostituée. Ann. d'Hygiene publ. Nov. p. 498.
522. Simons, Raphael. L'école positive et ses adversaires. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 81.
523. Sinclair, W. J. H., The Unfit. The Glasgow Med. Journal. Vol. LXXV. Jan. p. 1.
524. Sofer, L., Beiträge zur vergleichenden Rassenphysiologie und Rassenpathologie. Rasse und Tuberkulose. Polit.-anthropol. Revue. IX. Jahrg. No. 10. Jan. p. 543. X. Jahrg. No. 1. p. 39. Okt. No. 7. p. 378. No. 9. p. 487.
525. Solbrig, O., Staatliche und städtische Massnahmen gegen den Alkoholismus. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLI. I. Supplementheft. p. 1.
526. Sommer, Die weitere Entwicklung der öffentlichen Ruhehallen. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI. H. 4. p. 368.
527. Derselbe, Bemerkungen zu einem Fall von vererbter Sechsfingerigkeit. ibidem. p. 380.
528. Speranza, Gino C., Crime and Immigration (Report of the Committee B of the Institute). Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 546.
529. Spier, Ike. Amerikanische Koedukation und ihre Folgen. Sexual-Probleme. Dez. p. 818.
530. Stadelmann, Erwin, Der Umsturzwert. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. II. H. 2. p. 93.
531. Derselbe, Der Struwwelpeter. Gesunde Jugend. Bd. X. H. 8—9. p. 225.
532. Stechow, E., Zur Biologie des Hymens. Sexual-Probleme. No. 5. p. 314.
533. Stein, Alkohol und Arbeiterschaft. Alkoholismus. N. F. VII. 82—95.
534. Stekel, Die Sprache des Traumes. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
535. Derselbe, Berufswahl und Kriminalität. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 41. H. 3—4. p. 268.
536. Derselbe, Der Neurotiker als Schauspieler. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 1910. I. 38—40.
537. Derselbe, The Sexual Root of Kleptomania. Journ. Am. Inst. Criminol. II. 239—246.
538. Stelzner, Helene Friedericke, Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung. Berlin. S. Karger. (cf. Jahrg. XIV. p. 1118).
539. Stern, Kinder und Jugendliche als Zeugen. Deutsche Juristenzeitung. 1910. No. 18.
540. Stern, C., Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig. Joh. Ambr. Barth.
541. Stieda, L., Etwas über Tatowierung. Wiener mediz. Wochenschr. No. 14. p. 893.



542. Stier, Ewald, Fürsorgeerziehung und Militärdienst. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 22. p. 873—882.
543. Derselbe, Ueber Sadismus bei Kindern. Berliner klin. Wochenschr. p. 451. (Sitzungsbericht.)
544. Stoenesco, Dégénéré délinquant. Rev. méd.-lég. 1910. XVII. 324—327.
545. Storfer, A. J., Zur Sonderstellung des Vatermordes. (Schriften zur angewandten Seelenkunde. Heft 12.) Wien. Fr. Deuticke.
546. Strassmann, Medizin und Strafrecht. D. P. Langenscheidt. Berlin-Lichterfelde.
547. Derselbe, Das Problem der Ähnlichkeit in der gerichtl. Medizin. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 3. F. 41. Bd. II. Supplh.
548. Stückrath etc., Das Geschlechtsleben des deutschen Volkes in der Gegenwart. Folkl. Studien u. Erhebungen. In: Beiwerke zum Studium der Antropophyteia. IV. Bd. Leipzig. Ethnolog. Verlag.
549. Sturm, Friedrich, Massensuggestion. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 42. H. 3—4. p. 365.
550. Derselbe, Zur Lehre vom psychologischen Beweise im Zivil- und Strafverfahren. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 9. p. 566.
551. Sury, v., Die Berechtigung der sozialen Indikation zur Sterilisation und ihre forensische Beurteilung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2064.
552. Sykiotis, G., La criminalité de la jeunesse. Grèce médicale. XIII.
553. Symonds, H., Peculiar Case of Malposition of Viscera. South African Med. Rec. IX. 89.
554. Tange, R. A., en Trotsenburg, J. A. van, Ein merkwürdiger Fall von Selbstverstümmelung. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 55. I. 2040. und Sexualprobleme. No. 6. p. 391.
555. Thesing, Fortpflanzung u. Vererbung. Leipzig. Th. Thomas.
556. Thieme, Fr., Zur Rassenpsychologie und Geschichte der Zigeuner. Polit.-anthrop. Revue. X. Jahrg. No. 8. p. 418.
557. Thode, K., Was geschieht mit den aus Krankenhäusern und Strafanstalten entlassenen Trunkgefährdeten? Die Alkoholfrage. 8. 26.
558. Thorn, Gesetzliche Bestimmungen für den künstlichen Abort. Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie. III. Jahrg. II. Abt.
559. Tirelli, V., Gerichtsärztliche Betrachtungen über die Menschenknochen. Arch. di Antrop. crim. 1910. Bd. 31. H. 1—2.
560. Tomellini, Luigi, Sopra un ragazzo ladro ed omicida. Arch. di Antropol. crim. T. XXXII. fasc. III. p. 205.
561. Toulouse et Mignard, Les maladies mentales et l'autoconduction. Revue de Psych. usw. p. 265ff.
562. Touton, Über die wissenschaftlichen Fundamente der Lehre von den sexuellen Abstinenzkrankheiten und die praktischen Konsequenzen für die D. G. B. G. Leipzig. J. A. Barth.
563. Touton, K., Ueber die sexuelle Verantwortlichkeit. 2. Auflage. Leipzig. J. A. Barth.
564. Towne, Arthur W., Mayor Gaynors Police Policy and the Crime Wawe in New York. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminol. Vol. II. No. 3. p. 375.
565. Trénel, M., Le triumphe de très haulte et puissante dame Vérolle avec le pourpoint formant à boutons et la fête des fous du musée de Blois. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 2. p. 169.
566. Türkel, Der Fall Hermann Hertzka. Archiv f. Krim.-Anthropol. vom 22. Mai.
567. Derselbe, Der Einfluß der Lektüre auf die Delikte phantastischer jugendlicher Psychopathen. Archiv f. Krim.-Anthropol. vom 7. August.
568. Tybjerg, E., Die Prügelstrafe in Dänemark. Sprechsaal. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 2. p. 102.
569. Umhauer,Die Bekämpfung der Schundliteratur. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 7. Jahrg. H. 10. p. 585.
570. Ungewitter, Zwei Seelen wohnen in seiner Brust. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 42. H. 3—4. p. 359.
571. Valin, C. N., L'alcoolisme, maladie sociale. Bull. san. 1900. X. 50—66.
572. Vaucleroy, de, L'enseignement antialcoolique dans les écoles en Belgique. Die Alkoholfrage. 8. 20.
573. Vebaeck, Les bases rationelles d'une classification des délinquents, Communication faite à la Société d'anthropologie de Bruxelles. 27. III.
574. Vergely, J., La limitation des délits d'alcool. Journ. de méd. de Bordeaux. XLI. 5.
575. Viasemsky, Contribution à l'étude de l'anthropologie des Juifs. L'Anthropologie. T. XXII. No. 2. p. 197.
576. Victor, Alkohol u. Naturvölker. Berlin. Mässigkeitsverlag.
577. Vierteljahrs-Berichte des wissenschaftl.-humanitären Komitees. II. Jahrg. 1910/11.



578. Vladoff, D., Préface du Docteur Legrain, L'homicide en pathologie mentale (étude clinique et médico-légale). Paris. A. Maloine.
579. Vlavianos, Génie et folie. Revue grecque de Psychiatrie. No. 7—8. p. 110—126.
580. Vogl, v., Die Armee, die schulentlassene Jugend und der Staat. München. Lehmanns Verlag.
581. Vogt, J. G., Der kulturelle Parasitismus. Polit.-anthropol. Revue. X. 113—125.
582. Voss, Mord oder Unfall? Archiv f. Krim.-Anthropologie vom 22. Mai.
583. Derselbe, Beiträge zur Psychologie des Gattenmordes u. Verwandtes. ibidem vom 22. Mai.
584. Wachholz, L., Ein Zwitter vor Gericht im Jahre 1561. Beitrag zur Geschichte des Zwittertums. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLI. H. 2. p. 316.
585. Wadsworth, W. S., Newspapers and Crime. Bull. Amer. Acad. of Medicine. Oct.
586. Wahl, Le crime dans la science. Paris. V. Giard et E. Brière.
587. Wallner, Die Hinterziehung öffentlicher Abgaben und das Strafrecht. Archiv f. krim. Anthropol. vom 7. August.
588. Wassermann, K., Ist die Kriminalität der Juden Rassenkriminalität? Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. der Juden. 7. 36—39.
589. Waugh, W. F., Alcohol in Medicine. Jowa Med. Journal. Sept. No. 3.
590. Weissenberg, Lebende Drillinge u. Vierlinge. Arch. f. Rassen- und Gesellschafts-Biologie. Bd. 8. S. 172—177.
591. Weissenburg, S., Die syrischen Juden anthropologisch betrachtet. Zeitschr. f. Ethnologie. H. 1. p. 80.
592. Weitere kritische Aeusserungen über den Homosexualitäts-Paragraphen 250 (bisher § 175) des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Vierteljahresb. d. wissensch.-humanit. Kom. II. 123—141.
593. Weygandt, Die Notwendigkeit einer alkoholfreien Jugenderziehung. Vortrag. Internat. Guttemplertag. Hamburg. 3.—14. Juni. Verlag der Dtsch. Grossloge II. Hamburg.
594. Wiewiorowski, Absichtliche Tripperansteckung zur Erzielung der Militäruntauglichkeit. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 5.
595. Wilhelm, Eugen, Beseitigung der Zeugungsfähigkeit und Körperverletzung de lege lata et de lege ferenda. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen. Bd. VII. H. 6—7. Halle a. S. C. Marhold.
596. Derselbe, Die künstliche Zeugung beim Menschen und ihre Beziehungen zum Recht. ibidem.
597. Derselbe, Die völkerpsychologischen Unterschiede in der französischen und deutschen Sittlichkeits-Gesetzgebung und -Rechtsprechung. Sexual-Probleme. No. 10. p. 657.
598. Willimann, Hans, Documents cliniques psychiatriques: L'histoire de Joseph Heuer. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 317. 380. Vol. II. p. 40. 115. und Cahors. Impr. A. Coueslant. und Thèse de Genève. No. 354.
599. Witmer, L., Criminals in the Making. Psychol. Clin. IV. 221—238.
600. Wittermann, Beiträge zur Kenntnis des Alkoholismus in München. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 24. p. 1311.
601. Derselbe, Beitrag zur Kenntnis des Alkoholkapitels. Internat. Monatsschr. f. Erf. d. Alkoholismus. No. 4.
602. Wolff, Ludvig, Cesare Lombroso och hans lifsgärning. En revy af hans betydelse säsom vetenskapsman och social reformator. Upsala Läkareförenigs Förhandlingar. Ny Följd. Sextende Bandet. Sjätte häfted. p. 441.
603. Wright, F. R., Sexual Excitability of Men of Advanced Years. Journ. of the Minnesota State Med. Assoc. and the Northwestern Lancet. March 16.
604. Wulff, M., Beiträge zur infantilen Sexualität. Centralbl. f. Psychoanal. 2. 6.
605. Wulffen, Shakespeares große Verbrecher. Richard III., Macbeth, Othello. Berlin-Lichterfelde. Dr. Langenscheidt.
606. Zambaco, Pascha, Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis. Paris. Masson & Cie.
607. Ziemke, Mastdarmverletzung nach Päderastie. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 3. F. 41. Bd. II. Supplh.

Einleitung.

In der Kriminalanthropologie sind im großen und ganzen die Richtlinien nun gegeben, und in den vorliegenden neuen Gesetzesentwürfen haben, wenn auch lange noch nicht durchgehends, so doch zu einem immerhin beträchtlichen Teile ihre Lehren praktische Verarbeitung gefunden, gewiß ein schöner und hoffentlich recht segensreicher Erfolg unserer Wissenschaft. In fleißiger Einzelarbeit gilt es nun aber weiter zu streben, die Linien immer klarer herauszuarbeiten, das Wesentliche vom Unwesentlichen, das Sichere

vom noch zu wenig Gesicherten zu scheiden. Es werden dann von Jahr zu Jahr die Grundlagen immer festere werden, auf welche hin die Heilung endogen bedingter und sozial ausgelöster Krankheiten des Volkskörpers in Angriff genommen werden kann, ein Ziel, wie es schließlich bei jeder Verbrechensbekämpfung, schon solange es Gefühle der gerechten Abwehr in der Menschheit gibt — zuerst einfach wohl aus dem Selbsterhaltungstrieb heraus unbewußt, überwuchert oft von bizarrstem Aberglauben, immer bewußter aber mit dem Wachsen naturwissenschaftlicher Psychologie, Psychopathologie und Soziologie und heute endlich in klarer Erkenntnis des Ideals —, mit heißem Bemühen erstrebt wurde.

Heilung oder Ausmerzung der kranken Säfte aus dem Volkskörper heißt dieses ideale Ziel, und das bedeutet: „Sozialhygiene" für die Generation der Gegenwart und ihre nächsten Abkömmlinge — „Rassenhygiene", „Eugenik" aber in Hinblick auf die künftigen Generationen zum Nutzen der Gesundung des gesamten Volkstums, zur Emporhebung der Rassen aus der am Mark der Völker zehrenden Gefahr der fortschreitenden Degeneration.

Schallmayr ist es, der im Berichtsjahr wohl am meisten dazu beigetragen hat, die modernen Begriffe von Hygiene und Eugenik kritisch zu sondieren und dabei den Gegensatz, in welchen „Rassedienst" und „Sozialdienst" nicht so selten gelangen, ins rechte Licht zu setzen.

Er kommt dabei zur Abweisung der Lehre des Neomalthusianismus von der „Besserung der Rassequalität" mittels Beschränkung der Quantität, denn dieser Beschränkung pflege dann gerade die höherstehende Bevölkerungsschicht sich am ehesten zu bedienen, während die minderwertige Bevölkerung sich unbeschränkt immer weiter ausbreite.

In der Tat aber würde man heute doch noch sehr in die Enge kommen, wenn man ganz exakt beweisen sollte, daß wirklich eine Rassezüchtung durch reichliche Kinderproliferation seitens kulturell hochstehender Eltern (und nur dieser Hochstand würde sich einigermaßen sicher beurteilen lassen, während wir über die sonst in der Einzelperson schlummernde Erbmasse und ihr Mischungsverhältnis bei der Amphimixis heute doch herzlich wenig wirklich wissen, über die wir höchstens nur Vermutungen hegen können) zu erreichen wäre, daß also die kulturell an der Spitze Stehenden wirklich in der Mehrzahl bezüglich ihrer Erbmasse mehrwertiger wären als die Abkömmlinge unterer, aber doch aufwärtsstrebender Klassen.

In einem hübschen Aufsatz von Grassel wird geradezu behauptet, daß die Unfruchtbarkeit der oberen Klassen weit davon entfernt sei, ungünstig auf die Rasse einzuwirken, denn diese Unfruchtbarkeit sei es gerade, die den Unterschichten erst Platz zum Aufsteigen bereite, und gerade auch der kinderlose, aber im Schaffen von Werten tüchtige Erwachsene sei eine gar mächtige „Hilfsquelle", die Volkskultur zu heben und die Nachkommen anderer auch in Rassenhinsicht zu fördern. Würden, so meint Grassel, die freiwillig geschlechtslosen Arbeitsbienen wegfallen, so würde in dem modernen stark bevölkerten Staate mit seiner Arbeitserschwerung die Arbeitsnotwendigkeit der sich Fortpflanzenden in ganz erheblicher Weise gesteigert werden, und die Kultur und die Rasse würden darunter nur leiden.

Was will es diesen Unsicherheiten in der Wertung und Beurteilung bezüglich dieser Fragen bedeuten, wenn in Nordamerika auf neugeschaffener gesetzlicher Grundlage — wenn selbst in der freien Schweiz ohne eine solche Grundlage — durch sogenannte „Sterilisation", d. h. durch operative Unfruchtbarmachung eines Individuums, sei es Mann oder Frau, desäquilibrierten Subjekten die Möglichkeit der Kinderproliferation genommen werden soll?



Studiert man die in vielem äußerst interessante Arbeit Oberholzers über das diesbezügliche Vorgehen in der Schweiz und dann die Arbeit Wilhelms über die schwierigen rechtlichen Fragen, die bei einem derartigen Vorgehen unbedingt entstehen, so muß man sich doch recht sehr über die Kühnheit des schweizerischen Handelns wundern. Man sieht bei Oberholzer auch deutlich die Gefahren, da die betreffenden Operationen weniger in rassedienstlichem Sinne vorgenommen worden sind, als vielmehr, allerdings oft verschleiert, aus sozialen pekuniären Interessen der Gemeinden heraus, die sonst ev. Sprößlinge ihrer ihnen so schon zur Last fallenden Mitglieder hätten aufziehen müssen. Oberholzer bezeichnet selbst die auch ihm heute noch nötig erscheinende Zustimmung der zu Sterilisierenden zur Operation als recht „zweifelhaft", zumal sie meist unter dem Drucke der Alternative gegeben werde, lebenslang interniert zu bleiben oder sich der Operation zu unterziehen!

Wird denn überhaupt auf diese Weise ein Schutz der Gesellschaft vor Taten, z. B. eines Sittlichkeitsverbrechens erzielt? Keineswegs, denn die die Geschlechtsdrüsen schonende Sterilisation soll ja die gesundheitlich notwendige innere Sekretion dieser Drüsen nicht stören, mindert also auch nicht den ev. hypertropischen oder perversen Geschlechtstrieb des Operierten. So wird auch der Charakter des Individuums durch die Operation kaum je verbessert und eine Internierung also nur sehr selten wohl umgangen. Mit der Internierung allein wäre aber schon ohne „körperverletzende" Operation die bei der Sterilisation wohl vor allem in Betracht kommende „rassendienstliche" Indikation erfüllt.

Die Voraussetzung zu einer gesetzlichen Regelung der Sterilisationsfrage müßte auch mindestens eine wenigstens einigermaßen sichere Erblichkeitslehre sein. Besitzen wir sie? Die vorzüglichste Arbeit des Berichtsjahres über dieses Thema hat wohl Jendrassik geliefert, der in genialer Weise das „Mendelsche Gesetz" auf die Menschen anwendet, indem er von der Betrachtung des bekannten Knabengeburtenüberschusses aus zu ganz allgemeingültigen, sogar mathematisch formulierten Sätzen gelangt!

Man beachte im folgenden das betreffende Referat, oder noch besser, man lese den Aufsatz in der Deutschen Med. Wochenschrift 1911, Nr. 38, selbst nach. Und gerade auf Grund dieser bisher wohl exaktesten Schlüsse über Erblichkeit muß Jendrassik einräumen, daß man ja nicht glauben dürfe, man könne mit Hilfe des Vererbungsgesetzes Tier- und Pflanzenarten in fast unbeschränkter Weise verbessern. Das Mendelsche Gesetz spreche eher gerade für das Gegenteil von alle dem, da danach ja die „Hybriden" in weiteren Generationen in ihre Urformen zurückverfielen. So verspreche das Mendelsche Gesetz nicht die Aufbesserung der Rasse, ja begründe vielmehr bis zu einer gewissen Grenze die Erhaltung der ursprünglichen Eigenschaften der Arten. Es sei also daher kaum zu erwarten, daß wir im allgemeinen eine Eugenik würden befördern, noch im speziellen Falle ein richtiges Urteil würden abgeben können.

Klingt das nicht wie eine endgültige Bankerotterklärung gegenüber all den schönen Plänen hochgestimmter Eugeniker?

Allerdings ist die Vermischung potentieller geistiger Veranlagungen bei der jedesmaligen amphimiktischen Vereinigung eines so vielseitig individuell verschiedenartigen Geschöpfs wie der jeweilige sich kopulierende männliche und weibliche Mensch mit seiner besonderen individuellen Erbmasse immer noch etwas anderes als eine Kreuzung weißkörnigen Senfsamens mit schwarzkörnigem, und sind die Gesetze des Erscheinens der verschiedenen Senfarten nach den Samenfarben bei weitem wohl nicht so mathematisch



exakt durchschaubar auf menschliche Verhältnisse zu übertragen. Wird dadurch die Beurteilung menschlicher Vererbung nicht nur noch viel schwieriger?! Dürfen wir auf Grund dessen, was wir über Vererbung heute wirklich wissen, im wahrsten Sinne des Wortes „einschneidendste" Sterilisationsparagraphen für unsere Gesetzbücher propagieren, wie es einzelne Eugeniker selbstsicher tun? Jendrassiks Arbeit muß da doch so manche überschäumenden Hoffnungen auf irgendwie durchschlagende oder doch nur einigermaßen sichere Resultate derartiger gesetzlicher Bestimmungen herabstimmen. Auch heute noch sind die Geschlechter bei der Wahl ihrer Partner, außer ganz groben Störungen gegenüber, zumeist auf Gefühle angewiesen, Gefühle der Anziehung und Abstoßung, die wir Liebe oder wenigstens Sympathie einerseits und anderseits Gleichgültigkeit, Antipathie oder gar Abscheu nennen, — Gefühle, die oft noch recht sehr im Unterbewußtsein wirkend, die Zuchtwahl und damit die Amphimixis bestimmen. Gewiß geht auch dieser Instinkt öfter irre, ja er wird wohl gar durch rein äußerliche, exogene Beweggründe aus seiner Bahn gelenkt und vergewaltigt —, und zwar nicht immer nur in durchaus schädlichem Sinne, da ja ein durch äußerliche Güter verbessertes Milieu unter Umständen sicher auch zu einer Regenerierung einer Familie beitragen kann. Da wir aber nach Jendrassik so wenig Stichhaltiges über die zukünftigen Resultate von Mischungen voraussagen können, werden wir doch im großen ganzen eben auf diesen Instinkt der Zuchtwahl auch beim Menschen angewiesen sein. Der Strom des Lebens reinigt sich in hohem Maße selbst — (man denke z. B. an die Selbstmörder), wie wir ja auch eine Selbstreinigung der Flüsse kennen. — Allerdings ist es des Menschen, dem ja die Natur den Verstand gab, würdig, seine Gefühle, auch seine erotischen, mit den Erfahrungen, die die Geschichte der Menschheit uns lehrte, in Einklang zu bringen. Und so muß dann auch der Instinkt seine menschliche Begründung und Regelung in komplexen sittlichen Gefühlen finden, sittlichen Gefühlen, die sich den wachsenden allgemein menschlichen Erfahrungen mehr und mehr anzupassen haben. Und hier liegt die Stärke und die Zukunft der „Eugenik" als der Lehre bezüglich der Erfahrungen über Gesundheit und Krankheit, über Degeneration und Regeneration der Familien und der Rassen. Diese Erfahrungen — sind sie auch vorerst noch so wenig durchschaubar — können und müssen immer mehr auf unser sittliches Empfinden Einfluß gewinnen. Dadurch wird der sexuelle Instinkt ein immer höher gerichteter werden und das sexuelle Verantwortlichkeitsgefühl ein immer feineres. Der Glauben an die „Selbstreinigung" soll uns also nicht etwa einem trägen Fatalismus in die Arme werfen. Auch die Selbstreinigung hat ihre Grenze und muß bewußt unterstützt werden. Andererseits aber auf Grund von oft noch recht vagen Eindrücken hin sich fortreißen zu lassen zu tyrannischen starren Gesetzesvorschriften, die das schwer genug erworbene Menschenrecht nicht nur der persönlichen Selbstbestimmung, sondern sogar der körperlichen Integrität aufs äußerste gefährden, das dürfte denn doch zu weit gehen.

Wird also die Kriminalanthropologie nach der ganzen Art des Inhalts ihres Studiums sich stolz als ein gar wichtiges Glied bezüglich der Mitarbeit einer künftigen Eugenik empfinden — besonders bezüglich der Frage: wie mindert man Verbrecher und Verbrechen? —, so muß sie sich doch — gerade wegen der Gefahr des Schwarzsehens — so naheliegend bei der Bearbeitung dunkelsten und krankhaftesten Materials — bewußt bleiben dessen, was noch zu ungenügend erforscht ist, um daraufhin gesetzliche Maßnahmen zu fordern, deren tief eingreifende Effekte, wenn einmal ausgeführt, nicht wieder heil gemacht werden können.



Sollte die Vererbungslehre für den Menschen gegen Mendel, gegen Jendrassik in Zukunft einmal wenigstens in der Hauptsache sichere Voraussagen nach bestimmter Richtung hin zulassen, so würden die Kriminalanthropologen wohl die ersten sein, aus klar durchschaubaren Prämissen die bestmöglichsten Konsequenzen zu ziehen. Vorläufig, wo wir noch nicht einmal ein so äußerliches Verbot wie ein Alkoholverbot selbst bei hochgradigen Trinkern durchzusetzen wagen dürfen, ist wohl an körperliche Eingriffe in irgendwelcher größeren und wirksamen Ausdehnung kaum zu denken. Eine Schärfung des Gewissens können aber die Tatsachen der Kriminalanthropologie heute schon in hohem Maße begünstigen, Gewissensschärfung weniger bei den ausgesprochenen Verbrechern, den einmal unrettbar Verkommenen selbst, sondern Gewissensschärfung bei uns selbst, bei den Elementen von Wert für die Gesellschaft, des sozialen Massengewissens überhaupt.

So macht uns die Beschäftigung mit den dunkelsten Winkeln der Menschheit reicher und wird auf diese Weise sogar das Verbrechertum, das Minderwertige, ein Teil von jener Kraft, die stets das Böse will, doch stets das Gute schafft. Mögen die folgenden besprochenen zahlreichen Arbeiten künden von dem eifrigen Bemühen, Gutes zu schaffen dort, wo die Gefahr der Degeneration, der Krankheit und ihrer Ausbreitung besonders groß ist.

Allgemeines, Vererbung, Degeneration, Verbrechen, Alkoholismus.

Eugenik oder besser „Rassedienst" will **Schallmayer** (484) als Bezeichnung für die Lehre und das Bestreben gebraucht wissen, eine Nation „wohlgeboren" im natürlichen Sinne dieses Wortes zu machen. Der „Rassedienst", der sich auf die künftigen Generationen bezieht, muß neben dem „Sozialdienst", der dem Wohl der jeweils gleichzeitig lebenden Generation und ihrer unmittelbaren Nachkommen zu dienen hat, einhergehen. Nun kann aber eine Einrichtung oder Maßregel für das (engere) Sozialinteresse hohen Wert haben, hingegen geringen Wert oder gar das Gegenteil von Wert für das Rasseninteresse. Verf. wählt als Beispiele für letzteres Monogamie und Polygynie, ferner die Wirkung unseres militärischen Aushebungssystems, das wirtschaftlich die Militäruntauglichen besser stellt, und endlich die Bedingung der Ehelosigkeit für weibliche Staats- und Gemeindebeamte. Auch unser soziales Versicherungswesen habe vom Rassedienststandpunkt aus Schattenseiten. Dem Sozialinteresse sei wohl die möglichst günstige Gestaltung der äußeren Lebensbedingungen dienlich, dem Rassedienst hingegen die möglichst günstige Gestaltung der Selektionsverhältnisse, der Fortpflanzungsauslese. Grundsätzlich sei das Rasseinteresse höher zu stellen als das (engere) Sozialinteresse. Was das Verhältnis des Gesundheitszustandes in der Personalhygiene einerseits zu den Gesundheitsanlagen und der Vererbungs- oder Rassenhygiene andererseits betreffe, so wirke die Personalhygiene jedenfalls nicht durchaus im Sinne einer Vererbungs- oder Rassenhygiene. Keimgifte wie Alkohol und Syphilis arbeiteten allerdings gleichsinnig einer Verschlechterung zu. Das Schlagwort der Neumalthusianer „Besserung der Rassequalität mittels Beschränkung der Quantität" entbehre jeder wissenschaftlichen Grundlage. Die „neumalthusianistische Selektion" schaffe nicht nur keine Rassebesserung, sondern direkt das Gegenteil, indem sie die Fruchtbarkeit der an geistiger Begabung höher stehenden Bevölkerungshälfte unter den Durchschnitt herabsetze, die fruchtbare minderwertige Bevölkerungshälfte aber die Rasse verschlechtern lasse. Durch richtige Selektion könne man eine Rasse verbessern ohne jede Änderung der äußeren Verhältnisse, Verbesserung letzterer erziele hingegen eine wirkliche Rasse-

veredelung. Die Amphimixis müsse rassedienstlich so gut wie möglich gestaltet werden. Leider kümmere sich die offizielle Hygiene wenig um solche Fragen. Alles müsse geschehen, was dazu helfe, die Fortpflanzungsrate der Personen in ein gerades und möglichst gleiches Verhältnis zu ihrer sozialdienstlichen Leistungsfähigkeit zu bringen. Vorbedingung dazu sei vor allem eine Erziehung zu volkseugenischer Gesinnung.

Die Frage, warum mehr Knaben geboren werden als Mädchen, wird schon seit langem debattiert. In aller Herren Länder kommen auf 100 neugeborene Mädchen ungefähr 105 Knaben, im 5. Lebensjahre leben aber nur noch ebensoviel Knaben wie Mädchen und allmählich werden der Knaben immer weniger gegenüber dem weiblichen Geschlecht. Statistische Daten beweisen nun sogar, daß überall die relative Zahl der totgeborenen Knaben noch stärker diejenige der Mädchen übertrifft. Die Mortalität der Knaben scheint also in der intrauterinen Periode noch größer zu sein als nach dieser. Auf 100 tot zur Welt gekommene Mädchen findet man nicht weniger als 132 intrauterin verstorbene Knaben. Wie ist das zu erklären? fragt sich **Jendrassik** (257). Da weisen uns denn den Weg Mendels geniale Untersuchungen; Verf. ist wohl der erste, der das Mendelsche Gesetz auf die Vererbung der geschlechtlichen Eigenschaften anzuwenden versucht. Jendrassik zeigt die äußerst interessante Tatsache, daß nach Formeln, die er aus dem Mendelschen Gesetz (Vererbung 3 : 1) ableitet, der Einfluß der Ahnen sich von Generation zu Generation verringert und nach der fünften schon unbemerkbar wird. Hatte ja vor 500 Jahren jeder jetzt Lebende bereits 260000 Eltern. Eigentlich würden Knaben und Mädchen in gleicher Anzahl geboren werden, wenn die männliche Gruppe A und die weibliche Gruppe B das Geschlecht in gleicher Weise vererbte. Wie bei mendelnden Pflanzen gäbe es aber durch Mischung (hier von Mann und Weib) eine Gruppe AB und eine BA. Diese 2 kombinierten Gruppen zerfallen aber nun auch immer wieder bei weiterer Vererbung; die reinen Typen werden also allmählich wieder immer zahlreicher. Das heißt also: neben der gleich zahlreichen Gruppe von reinen Mann- und Weibtypen (A und B) steht noch eine Gruppe mit den dominierenden Merkmalen der Männlichkeit (AB und BA), eigentlich aber Bastarde, in diesem Falle mehr oder weniger Hermaphroditen. Diese Gruppe macht die Überzahl der Knaben aus. Vielleicht deutet eine Anzahl dieser Individuen durch gewisse heterosexuelle sekundäre äußere oder psychische Sexualmerkmale seinen regressiven Charakter an; ein Teil der Hermaphroditen, der Homosexuellen, mag in diesem Umstande seine Erklärung finden, während die übrigen Fälle als Resultat einer mosaikartigen Vererbung aufgefaßt werden können. Gibt es doch auch Vererbungskrankheiten (Hämophilie usw.), die sich besonders auf das männliche Geschlecht beschränken, andere, die durch die selbst nicht erkrankenden weiblichen Mitglieder auf ihre Söhne allein übertragen werden, ein Zeichen, daß geschlechtliche Vererbung wohl eine Rolle spielt. Schon durch die größere Menge Totgeburten der Knaben zeigt sich an, daß die Überzahl der Knaben eine mangelhaftere Lebensfähigkeit besitzt und eine Gruppe lebend geborener Knaben ebenfalls mit ungenügender Lebensfähigkeit zur Welt kommt. Die Verhältniszahl dafür 200 : 8,7 ist dieselbe wie die der Geschlechtsbestimmung; die hereditäre Schwäche trifft eben jene Individuen, die zur AB- oder BA-Gruppe gehören. Kontrastierten in den regressiven Abkömmlingen die heterogenen Eigenschaften von B und A zu sehr, so ist das Individuum minderwertig; auf die Art kann man sich die Entstehung der meisten hereditären Krankheiten vorstellen. Man kann verstehen, daß solche endogenen Erkrankungen, die die Lebensfähigkeit ausschließen, nur durch die gleich-



zeitige Vererbung nicht zusammenpassender Eigenschaften beider Eltern verursacht werden können, da die Eltern doch einzeln lebensfähig waren, also an sich harmonisch. Zu betonen sei, daß nicht dieselben Knaben, die weibliche regressive latente Merkmale in sich tragen, auch die lebensunfähigen seien, da dann nach Mendels Gesetz 3 mal soviel Knaben geboren werden müßten wie Mädchen, und die Überzahl der vorzeitig absterbenden Knaben $^2/_3$ der Knaben wäre. Nicht geschlechtliche Merkmale, sondern hereditäre Unverhältnismäßigkeiten im Stoffwechsel seien entscheidend für die Lebensfähigkeit. Ganz falsch sei es, zu glauben, man könne mit Hilfe des Vererbungsgesetzes Tier- und Pflanzenarten in fast unbeschränkter Weise verbessern. Das Mendelsche Gesetz beweise das Gegenteil, da danach die Hybriden in weiteren Generationen in ihre Urformen ja zurückverfallen. Edle Obstsorten, edle Rosen usw. seien zwar zum größten Teil Hybriden, ihre Weiterverbreitung und Erhaltung sei aber nur durch Pfropfen, also durch Perpetuierung des einzelnen Individuums, und nicht durch Samen erreichbar. Das Mendelsche Gesetz verspreche also nicht die Aufbesserung der Rasse, ja es begründe bis zu einer Grenze die Erhaltung der ursprünglichen Eigenschaften der Arten. Dieses Gesetz werfe zugleich Licht auf die stetige Besserung und Verschlimmerung der Individuen innerhalb derselben Rasse. So werde es klar, daß hochbegabte Eltern, deren Begabung durch einige Generationen stieg, bald mit minder intelligenten Kindern sich begnügen müßten, da doch ihre Vorfahren auch minder intelligent gewesen waren. Eine Auslese ganz hervorragender Individuen könne nicht leicht die Verbesserung der Art bewirken, hingegen sähen wir, besonders beim Menschen, daß selbst die schwerbelasteten Familien allmählich ihr schweres Verhängnis los würden. Eigenschaften, die bei sämtlichen Vorfahren bereits seit 5 Generationen beständen, dürften wohl stabil bleiben; dieser Umstand erkläre die Stabilität gewisser Menschenmassen in bezug auf Körpereigenheiten und selbst Talente, ja er sei geeignet, überhaupt ein Licht zu werfen auf die Entstehung der Arten im allgemeinen. Sonst aber bringe der Zufall unerwartet gleichgerichtete Fähigkeiten in den Eltern zusammen, erzeuge dadurch große Talente, Wunderkinder, dann aber auch körperlich und seelisch Degenerierte. Es sei also kaum zu erwarten, daß wir im allgemeinen eine Eugenik würden befördern, noch im speziellen Falle ein richtiges Urteil abgeben können. „Die tägliche Erfahrung lehrt doch, daß trotz aller Ähnlichkeit das Kind eben in der wertvollsten Eigenschaft von seinen Eltern abweicht, und ebenso, wie wir bei vielen schwer Degenerierten umsonst an den Eltern die Ursache der Degeneration suchen, ebenso sehen wir auch ziemlich oft, daß elende, verkrüppelte oder wenig Vertrauen einflößende Eltern Kinder erzeugen, die die Durchschnittsmenschen übertreffen."

Die Arbeit ist nach **Grassl** (184) die Grundlage der Kultur, und zwar ist die aufspeichernde Arbeit die Kulturbasis. Vorräte-Sammeln führt zur Seßhaftigkeit, zum Warenaustausch, zur Bequemlichkeit und Luxus, zu neuen, nicht unmittelbar zur Erhaltung des Lebens notwendigen Bedürfnissen, damit zur Kunst und Wissenschaft, kurz zur Kultur. Die Aufspeicherungsbedingungen waren am intensivsten gegeben in der verhältnismäßig kleinen gemäßigten Zone, der Kulturzone katexochen. Dadurch, daß wir die Kräfte außer uns beherrschen lernten, würde die Notwendigkeit, die Produkte und die Arbeit zu vermehren, wegfallen, wenn uns nicht die zunehmende Volkszahl dazu zwingen würde. So führt die Arbeit zur Rassenentwicklung, später aber zugleich zur Rassenmischung. Dann bedürfen wir der Rassenschutzmaßregeln. Da ist zuerst zu beobachten: Die Pflege des Kindes steigt und



fällt mit der Berufsarbeit der Mutter. Die ganz entlastete Dame dagegen gewinnt wieder gegen den exzentrischen Mann das Übergewicht und bewirkt, daß sie der Richtpunkt der Entwicklung der Kultur und der Rasse wird, statt ein Hilfsmittel derselben zu sein. Im ganzen zwingt aber der Kulturfortschritt die Frau zum Miterwerb. Solange uns aber das Radikalmittel der Beherrschung der Naturkräfte zur Ausschließung der Mutter als Arbeitsgenossin nicht zu Gebote steht, müssen wir Palliativmittel gebrauchen. Der mächtigste Feind aller Männer ist aber der Alkohol. Die Kulturtendenz geht dahin, die Arbeit zu verkürzen, sie aber andererseits zu verdichten; das gilt für die tägliche Arbeitszeit wie für die Länge der Arbeitsperiode im Einzelleben. Damit hängt die geringer werdende Fruchtbarkeit zusammen. Denn in die Zeit der höchsten Arbeit fällt auch die Zeit der höchsten Fortpflanzung. Jedes Kind ist aber heute zur frühzeitigeren Erlangung des ersehnten Ruhestandes den Eltern nur hinderlich (Frankreich!). Dennoch hätte Arbeitsverkürzung das Gute, aus Nachtmenschen wieder Tagmenschen zu machen (Einführung der englischen Arbeitszeit). Die allgemein durchgeführte ungeteilte Arbeitszeit könnte in vielen Dingen geradezu umwälzend wirken. — Der kinderlose Erwachsene ist eine mächtige Hilfsquelle, die Volkskultur zu heben und die Nachkommen anderer in Rassenhinsicht zu fördern. Würden die freiwilligen, geschlechtslosen Arbeitsbienen wegfallen, so würde in dem modernen, stark bevölkerten Staat mit seiner Arbeitserschwerung die Arbeitsnotwendigkeit der Sichfortpflanzenden in einer sehr erheblichen Weise sich steigern, und die Kultur und die Rasse würden darunter leiden. Die Unterfruchtbarkeit der oberen Klassen ist also nicht ungünstig, sie gibt vielmehr den Unterschichten Platz zum Aufsteigen. Bei unserem Arbeitsvolk steigt und fällt die Zahl der Kinder mit der Häufigkeit der Kinderarbeit. Die hohe Zahl der Kinder und die hohe Kindersterblichkeit unseres Arbeitsvolkes ist somit eine natürliche Folge der Arbeitsform und hat mit der Sittlichkeit oder Unsittlichkeit nicht das geringste gemein. Die körperliche Arbeit, namentlich die Bodenbebauung in ihren mannigfachen Formen, ist das unerläßlich notwendige Gegengewicht gegen die schädigenden Wirkungen des zu großen Saftstromes, des übermäßigen Demokratismus. Verhängnisvoll wäre es, wenn sich zwischen Boden und uns ein anderes fremdblütiges Volk einschieben würde, dann verschwände der Einheimische als Kultur- und Rasseträger. Alles in allem: Die Tatsache ihrer Verrichtung bewirkt eine Anpassung des Arbeiters an die Arbeit, eine spezifische Menschenvariation, und durch die Vielheit der sich Anpassenden eine Rasse. Sicher ist, daß das Klima die Arbeit und die Rasse bedingt. Zivilisation und Rasse sind Geschwister. Die Kultur im engeren Sinne dagegen ist die Tochter des freien, sittlichen Arbeitswillens, ein lebenserhaltendes Prinzip.

v. Gruber und **Rüdin** (190) gaben den Katalog für die vorzügliche Gruppenausstellung der Rassenhygiene auf der internationalen Hygieneausstellung in Dresden 1911 heraus. In ihm ist das Neuste über Vererbung (Mendeln), Fortpflanzung und Rassenhygiene enthalten und durch Abbildungen, Kurven und Stammbäume trefflich erläutert. Für die Rassenhygiene wichtig wird die Kolonisation im Innern bezeichnet. Der Selbstmord wird als Selbstreinigung des Volkskörpers betrachtet, da die meisten Selbstmörder doch anormal seien. Die eheliche Fruchtbarkeit soll unterstützt werden bei gesunden und tüchtigen Gatten, auch durch Prämien; doch warnen die Verfasser vor einer unterschiedslosen Mutterschaftsversicherung, die auch die unehelichen Mütter begünstige. Die Ehe wollen sie, wie sie ist, beibehalten, und sie zeigen sich überhaupt etwas einseitig, indem sie „dem zerstörenden Übel der sog. Frauenemanzipation steuern" wollen. Hier sehen sie nur

Schattenseiten und übersehen das Gute, ja das Notwendige einer vernünftigen Weiterbildung auch der Frau.

Nach **von Ehrenfels** (106) ist die konkurrenzfähigste Rasse diejenige, die die niedrigsten Dauerbedürfnisse und Daueransprüche hat, denn sie überflügelt mit ihrer Bevölkerungszahl alle anderen Rassen. Damit wird der Typ des chinesischen Kulis zur allergrößten Gefahr. Es müssen also unbedingt Mittel gefunden werden, nicht dem genügsamen, aber kulturell unproduktiven, sondern dem ingeniösen kulturell und konstitutiv ein Höchstmaß von Energie entwickelnden Menschen den Boden zu bereiten. Denn diesem Typ gehört die fernere Zukunft. Seine Vervollkommnung nur in der Naturbeherrschung gewährleistet eine hohe Vermehrung der Bevölkerungszahl in ferner und fernster Zeit.

Ploetz (434) behandelt in seiner Arbeit die Rassenhygiene, definiert eingehend den Begriff, um dann Probleme der Fortpflanzung, Variation, Vererbung und Auslese, die Entartungsfrage und die Mittel zur Bekämpfung des Niederganges und zur Hebung der Rasse zu erörtern. Verfasser empfiehlt u. a. Kinderprämien von seiten des Staates, die gezahlt werden sollten, solange das Kind lebt, ferner künstliche Ausmerzung der Defekten durch Ehelosigkeit oder Kinderlosigkeit in der Ehe.

Goldschmidt (178) gibt 20 Vorlesungen über „Vererbungswissenschaft", die über das behandelte Gebiet und seinen heutigen Stand recht gut orientieren.

Fehlinger (126) kritisiert die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Exogamie. Er schließt sich der Meinung Westermarks und Sir Herbert Risleys an, die dahingeht, daß die Exogamie durch Variation und natürliche Auslese veranlaßt würde, — eine Variation, die als eine den Lebensbedingungen am besten angepaßte, zur Erhaltung und erblichen Übertragung neigte. Bewußtes Erkennen der Schädlichkeit der Inzucht leugnet Fehlinger mit Recht für die Ur- und Naturvölker. Es äußert sich dabei einfach eine Abneigung gegen die, mit denen man immer zusammenlebte. Fremde Angehörige des anderen Geschlechts übten eben einen stärkeren Reiz aus und machten den Geschlechtstrieb permanent, während er vor dem — wie bei den Tieren — periodisch war.

Meist besteht in einer Familie ein den meisten Mitgliedern angehöriger Familienzug. Ja auch außerhalb der Familien findet man nicht so selten „Doppelgänger", ja sogenannte „Revenants", die noch Merkmale des prähistorischen, etwa des Neandertalmenschen aufzuweisen haben. Andere Personen zeigen schon körperliche Eigentümlichkeiten, welche höchstwahrscheinlich in Zukunft dem ganzen Menschengeschlecht zuteil werden (Veränderung des Wirbels oberhalb des Kreuzbeins). Dies alles, so meint **Hegar** (211), macht die uralte Lehre von der Palingenesie, der Wiedergeburt des Gleichen begreiflich. Nach Schopenhauer schafft sich der nie sterbende Wille einen neuen Körper. Nach Nietzsche müssen alte Kombinationen (da die Zahl der unvergänglichen Weltkräfte ja beschränkt ist) sich wiederholen. Das Keimplasma ist zähe. So kann man nach Hegar also nicht ganz ausschließen, daß nicht einmal wieder die gleiche oder nahezu gleiche Persönlichkeit die Weltbühne betreten werde, wie sie vor Jahrhunderten erschienen war. Dabei spiele im Glauben aber noch eine große Rolle die „Reinigung" oder „Läuterung". — Ob Alkohol und Syphilis wirklich ein Keimgift sei, bezweifelt Hegar, es sei das jedenfalls nicht bewiesen. Zur Vervollkommnung des Menschengeschlechts sei es nötig. sterben zu lassen, was reif zum Sterben sei, ja sogar Tötung Untauglicher (vielleicht durch subkutane Gifteinspritzung!) sei zu empfehlen. Heute könne sich z. B. der



nach der Strafe entlassene Verbrecher gleich ungestört wieder fortpflanzen. Durch Eheverbote würde wenigstens die Aufmerksamkeit auf den wunden Punkt gelenkt. Ferner müßte man höher stehende Individuen zur Zucht verwenden. Inzucht sei durch Kumulation teils nützlich, meist aber gefährlich (Überzüchtung; Serenissimus der Witzblätter). Kreuzung nicht allzu Ungleicher könne nützlich sein, zwischen sehr ungleichen Rassen seien die Resultate schlecht. Da man nie wisse, wie die Mischung ausfalle, könne auch sonst die Kreuzung öfter recht zweifelhafte Resultate ergeben (bei den Hunden sogenannte „Fixköter"). Doch das sind Zukunftsfragen, sagt Hegar; vorläufig hat die Individualhygiene noch genug Aufgaben vor sich, die Rassenhygiene ist erst im Entstehen begriffen.

Bei der Tierzucht zeigt sich nach **Rohleder** (463), daß die Paarung von blutsverwandten Tieren zu einer Kräftigung der Rasse, die Paarung aber von allernächsten blutsverwandten Tieren, der Inzest, zu einer Schwächung der Rasse führt. Auch für den Menschen liegt bisher kein direkter Beweis von schwerer Schädlichkeit von Inzucht vor. Rohleder besuchte den englischen Ort Shewskey, eine Brutstätte der Inzucht und Verkommenheit, glaubt aber dort nicht vor allem die Inzucht, sondern den chronischen Alkoholismus als Ursache für die furchtbare Degeneration ansehen zu müssen. Auch die Statistik der Verwandtenehen gibt keine eindeutige Antwort. Verf. meint also: „Wenn wir nun aber 1. biologisch keinen sicheren Beweis für die Schädlichkeit der Verwandtenehen für die Nachkommenschaft haben, 2. aber auch in der Praxis die Kinder aus Verwandtenehen keine körperlichen und geistigen Degenerationszeichen bieten und 3. auch die Tierzucht die Unschädlichkeit der Verwandtenpaarung zeigt, so muß uns doch der Gedanke kommen, daß im großen und ganzen die Schädlichkeit der Konsanguinität eine weit übertriebene ist." Inzest allerdings kann beim Menschen auf geistigem Gebiet doch gewisse schädliche Folgen haben. Auch längere Zeit fortgesetzte Inzucht scheint eine Summierung von Schwäche (aber auch manchmal eine Rassenverfeinerung) mit sich zu bringen. Sofort überragend schädlich wirkt aber wohl nur die Paarung von Keimzellen direkter Abstammung in auf- und absteigender Linie, also Paarung unter Eltern, Kindern und Geschwistern. Verwandtschaftspaarung vom dritten Gliede an, dürfte an und für sich weder schädlich noch nützlich sein. Das deutsche Gesetzbuch ist also diesbezüglich gegenüber rigoroseren ausländischen Gesetzbüchern auf dem richtigen Wege.

Im Gegensatz zum Ahnenkult, der das Heldenhafte, Einzigartige des einzelnen Ahnen in der Erinnerung der Enkel pflegt, ist es, so sagt **Ledermann** (306), für den Ahnenstolz charakteristisch, daß er das Gemeinsame, Typische der Mehrzahl (z. B. die Ahnen waren 200 Jahre lang Offiziere) hervorhebt, Dieser Stolz, die Tradition, ist von höchst praktischer wirtschaftlicher Bedeutung. Der Starke, woher er auch stamme, vermöge eine eigene Persönlichkeit zu formen. Für die Durchschnittsmenschen aber könne man nur das Schwinden aller Tradition und jeden Familienzusammenhanges bedauern. Eine gewaltige Erbschaft psychischer und physischer Art sei dem einzelnen im Leben mitgegeben, und sich über sie hinwegzusetzen, sei für den Durchschnittsmenschen gefährlich. Was der Ahne gesät, das ernte oft erst der Enkel, und die Toten seien ewig, die lebende Generation nur eine kurze Episode.

Oberholzer (413) veröffentlicht hier eine äußerst nützliche Arbeit, die an der Hand eines reichhaltigen Materials — 19 äußerst instruktive Krankengeschichten — die in Burghölzli und im kantonalen Asyl Wil mit der Sterilisierung von Geisteskranken gemachten Erfahrungen darstellen, um



dadurch der Frage nach der Verhütung der Fortpflanzung bei gewissen kranken und degenerierten Menschen auch bei uns festeren Boden zu geben und allgemeinere Anerkennung zu verschaffen. Er will damit zeigen, was bei heutigen Verhältnissen außerhalb einer gesetzlichen Regelung der Materie bereits erreicht werden kann und anderseits, welche Mängel der heutigen Praxis anhaften, und wie groß die Wünschbarkeit einer gesetzlichen Normierung der Frage auch in europäischen Staaten ist. Es sind Präzedenzfälle, die Oberholzer bespricht; denn heute fehlt ja noch eine legale Grundlage für die eingeschlagene Behandlung. Nach Verf. ist man heute von der Einwilligung zu vieler Instanzen und der zweifelhaften Zustimmung der Kranken abhängig, die man zurzeit nur mit der Alternative operieren konnte, sich entweder sterilisieren zu lassen oder sonst interniert zu bleiben. Denn zwangsweise Verhängung der Unfruchtbarkeit wird ja von Staats wegen als Eingriff von unerhörter Schwere in die persönlichen Rechte angesehen; daher empfiehlt Verf., „soviel als möglich medizinische Indikationen zu benutzen und soziale, wo es immer nur geht, als medizinische aufzufassen". Im einzelnen will Oberholzer zeigen, daß es zahlreiche Fälle gibt, wo die Ausschaltung von der Fortpflanzung durch die Sterilisierung das einzig Richtige sei, da sie, abgesehen von den Vorteilen für die Dauer eines Menschenalters, Abhaltung von Verbrechen, Unglück und Elend für Generationen bedeute, — und daß sich die Sterilisation auch in der Schweiz usw. als durchführbar erweise, in erster Linie aus sozialen, meist allerdings zugleich aus guten individuellen Gründen. „Im weiteren haben," so schließt er, „an erster Stelle die Juristen einzusetzen in der Erkenntnis, daß eine im Interesse der Allgemeinheit wachsende Wertschätzung einer gesunden Nachkommenschaft und eine höher als bisher geschehene Einschätzung des Rechts des Kindes auf Gesundheit die gesetzliche Anerkennung der Sterilisierung aus sozialen Gründen erheischen. Die Legalisierung wird auch am besten Willkür und Mißbrauch die nötigen Schranken setzen."

Auf Grund neuerer Berichte kommt **Näcke** (399) zu der Ansicht, daß die Röntgenbestrahlung der Hoden beim Menschen zum Zwecke der Aufhebung der Samenbereitung, zurzeit wenigstens, eine sehr unsichere Sache sei, sie also auch die doppelseitige Vasektomie bei der Sterilisation aus sozialen Gründen nicht ersetzen könne.

Faulks (122) berichtet über den gegenwärtigen Stand der in Amerika besonders geübten Sterilisierung von Geisteskranken, Trinkern und Verbrechern. Teilweise ist bereits diese, die Allgemeinheit nahe berührende Frage gesetzlich zu regeln versucht worden, und Faulks empfiehlt den Psychiatern, das für und wider dieser höchst wichtigen Frage einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Faulks glaubt, daß die Sterilisierung Geisteskranker, Idioten, Trinker und Perverser, gesetzlich durchgeführt, einer weiteren Zunahme und Verbreitung der Psychosen vorzubeugen imstande ist. (*Bendix.*)

Maier (341) hat die amerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen, Geistesstörung usw. gesammelt und hebt ihre zweifellose Berechtigung und die große soziale Wichtigkeit dieser Versuche hervor. Von einem staatlichen Verbot der Eheschließung für gewisse Menschensorten hofft er nicht allzuviel, da gerade die betreffenden Individuen sehr zum außerehelichen Geschlechtsverkehr zu neigen pflegen. Er hält es aber für eine durchaus erlaubte Ausnahme der Geheimnispflicht, wenn man die Ärzte zwingen würde, Geisteskrankheiten, Schwachsinn und Epilepsie dem Zivilstandsamt anzuzeigen, um eine Kontrolle über Ehehinderungsgründe zu bekommen. Verf. bespricht dann Ort und Anwendung der Kastration und



der Sterilisation (im engeren Sinne) und stellt die diesbezüglichen, in sechs Staaten der Union bestehenden Gesetze zum Schluß noch einmal zusammen.

Nammack (405) skizziert die Geschichte der Entstehung der „Sterilisation" bei Gewohnheitsverbrechern in den Vereinigten Staaten. Er hält den Vorschlag der Sterilisation für biologisch lächerlich und für ethisch und moralisch unhaltbar. Es gäbe keine charakterisierten Verbrechergehirne, folglich auch keine Vererbung des Verbrechertums. Geistige und moralische Abnormitäten und Defekte seien erworbene Züge und nicht durch Embryologie erklärbar. Das Verbrechertum sei eine postnatale Erwerbung. Aus Verbrecherfamilien gingen Talentierte hervor und umgekehrt. Es gälte also, die Jugend aus einem verbrecherischen Milieu herauszunehmen, sie zu erziehen und zu nützlichen Menschen zu machen. Wenn die Sterilisation je allgemeine Zustimmung erlangen solle, müsse sie freiwillig von der betreffenden Person ausgehen; als Strafe sei sie nicht nur barbarisch, sondern auch schädlich, denn sie ließe das Opfer auf die Gesellschaft los mit all seinen antisozialen Instinkten und nach Rache dürstend.

Wilhelm (595) erörtert in der ersten Arbeit die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit aus hygienischen, rassenhygienischen, sozialen und kriminalpolitischen Gesichtspunkten. Für erwünscht hält er als nächstes Ziel der Gesetzgebung eine Unfruchtbarmachung bei Insassen öffentlicher Anstalten, wie Irren-, Pflege- und Strafanstalten, sofern sie hochgradig Schwachsinnige, chronisch Geisteskranke, ausgesprochene Gewohnheitstrinker oder Gewohnheitsverbrecher sind. Auch die Frau soll aus sozialpolitischer Indikation sterilisiert werden dürfen.

Im zweiten Aufsatz bespricht Wilhelm im Anschluß an Rohleder die künstliche Zeugung, ihre rechtliche Stellung, und die rechtliche Stellung des eventuell aus ihr hervorgehenden Kindes bei verheirateten und unverheirateten Partnern. Obgleich ein Fall dieser Art vorgekommen und bis an das Reichsgericht gegangen ist, ist die praktische Bedeutung der Frage offenbar sehr gering.

Im Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Kurpfuscherei usw. kommt nach **Marcuse** (347) denjenigen Bestimmungen eine ganz besondere Bedeutung zu, die auf die Beschränkung und Unterbindung des Verkehrs mit den empfängnisverhütenden und fruchtabtreibenden Mitteln hinzielen. Marcuse bedauert die diesbezügliche Tendenz des Entwurfes. An dem Rückgang der ehelichen Geburtenfrequenz innerhalb der höheren Stände sei an allererster Stelle die späte und gar nicht nach biologischen, sondern fast nur materiellen Rücksichten geschlossene Heirat sowie die durch den vorehelichen wilden Geschlechtsverkehr erworbene Sterilität des Mannes bzw. die Infektion der Ehefrauen mit einer ihre Fruchtbarkeit aufhebenden oder sehr beschränkenden Geschlechtskrankheit schuld. Dem Präventivverkehre komme die Bedeutung einer wichtigen und allgemeinen Ursache hier nicht zu. An dem nicht annähernd gleich starken Rückgange der ehelichen Geburtenfrequenz in den niederen Bevölkerungsschichten trügen dagegen die Hauptschuld allerdings präventive Maßnahmen, meistens aber ohne Hilfsmittel in Form des Coitus interruptus im weitesten Umfange in Anwendung gebracht. Im außerehelichen Geschlechtsverkehr sei die Anwendung besonders des Kondoms im weitesten Umfange eine Tatsache, die aber nicht zu einer Herabsetzung der unehelichen Geburten geführt habe.

Zugeben könne man höchstens, daß durch den Geburtenrückgang in den Ehen der höheren Kreise das Populationsinteresse des Staates geschädigt werde. Rechtliche Interessen könnten aber nicht aus diesen Schädigungen hergeleitet werden. Von seiten der Proletarierehen aber werde das Interesse



von Staat und Gesellschaft durch eine noch immer zu starke Proliferation, noch viel mehr aber durch eine zu große Zahl der Zeugungen bedroht (sei doch der Prozentsatz der überlebenden Kinder um so kleiner, je häufiger die Frau konzipiere!), so daß nach der Richtung hin Maßnahmen, wie der Entwurf sie wolle, jeder Begründung entbehre. Bei der unehelichen Fruchtbarkeit sei, trotzdem gerade hier der Neomalthusianismus in steigendem Maße Sitte geworden sei, sogar eine Steigerung zu konstatieren, was dem Staat allerdings unter den heutigen Verhältnissen von seinem Standpunkt aus sehr gelegen kommen müsse. Es sei ein Widerspruch, wie der Staat die unehelichen Kohabitationen verfeme, deren Früchte aber um jeden Preis zu gewinnen und zu erhalten strebe, die ledige Mutter und das uneheliche Kind aber rechtlich schlecht behandele. Erhöhte Geburtenfrequenz bedinge aber nur erhöhte Sterblichkeit. Neomalthusianische Maßnahmen hätten eine nur sehr untergeordnete und vor allem rein symptomatische Bedeutung. Helfen könne nur Ehereform, Eheerleichterung und vor allem Erleichterung der Elternschaft durch Steuernachlaß usw., staatlicher Mutterschutz, Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit und Erhöhung des durchschnittlichen Lebensalters. Ohne antikonzeptionelle Mittel würde nur Kindesmord und Fruchtabtreibung zunehmen, vor allem aber die geschlechtliche Infektion. Der Gesundheit des Volkes würde hieraus eine Gefahr drohen, die auch nicht im entferntesten durch eine Zunahme der Geburten in dem entsprechenden Umfange ausgeglichen, die vielmehr noch dadurch gesteigert würde, daß mit der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ja gerade wieder die Unfruchtbarkeit des Volkes erhöht und die Qualität des Nachwuchses verschlechtert werde.

Douglas (93) will die Frage untersuchen, welche Reformen dazu nötig seien, um die folgende Generation vor den Schäden, die ihren jetzigen Progenitoren anhaften, zu schützen. Der Geisteskranke, der in die Anstalt komme, sei für die Rasse viel weniger schädlich als der Geistesschwache, der sich in der Freiheit bewege. Etliche private Anstalten sorgten einige Jahre für die Erziehung der Geistesschwachen, dann würden sie auf die Menschheit losgelassen. Besonders der Alkoholist sei gefährlich. Die Hauptursache der Degeneration liege aber in der Erblichkeit. Es müsse ein Gesetz geschaffen werden zur eventuell lebenslänglichen Unterbringung der Imbezillen, ferner Ehegesetze, die die Ehe zwischen geistig oder körperlich Untauglichen verhinderten, Heiratsverbote für geisteskrank Gewordene und wieder Gebesserte, für geheilte Schwindsüchtige, für die ganze Sippe eines Imbezillen usw. Auch erst geisteskrank gewordene Eheleute dürften keine Kinder mehr zeugen. Auch Eltern mit defekten Kindern müßte die weitere Kinderzeugung verboten werden. Ein Höchstalter für die Eheschließung sei festzustellen. Auch die Zwischenräume zwischen den einzelnen Schwangerschaften spielten eine wesentliche Rolle bezüglich der Qualität der Nachkommenschaft. Die Defekten von kleinen Anfangsfamilien wären gefährlicher als die der großen, dem Ende entgegengehenden Familien, bei letzteren stürben die Defekten rasch aus. Man müsse versuchen, diese Erfahrungen gesetzlich zu fassen, um von der Knechtschaft der Amentia und ihren Schwesterübeln erlöst zu werden.

Reibmayr (456) behandelt in seiner Arbeit die von ihm so genannte dritte Degenerations- und Regenerationsperiode des israelitischen Volkes, die Nachblüte des jüdisch-religiösen Genies und den „Eintritt der Katastrophe". Durch den Einfluß der mehrere Jahrhunderte dauernden engen Inzucht und der absoluten Herrschaft der Priesterkaste war das religiöse Gefühl und Interesse des jüdischen Volkes für religiöse Spekulation auf eine derartige Höhe gezüchtet worden, daß dasselbe, wie Reibmayr in früheren Arbeiten



gezeigt, alle anderen Kunstgefühle und Interessen absorbierte. Nun gibt es ein Gesetz, daß, ehe eine Kaste, ein Volk vom Schauplatze der politischen oder künstlerischen Tätigkeit infolge eines degenerativen Prozesses abtritt, es noch fast regelmäßig einige Genies von außerordentlicher Hochzucht in jener Kunst hervorbringt, in der die Kaste oder das Volk sich besonders ausgezeichnet hat. Diesen infolge seiner körperlichen und geistigen Degeneration vom Volke ersehnten Erlöser brachte nun das verachtete mischvolkliche Galiläa, von dem nach der instinktiv richtigen Meinung der inzuchtlichen Orthodoxie nichts Gutes für sie kommen konnte, hervor. Nicht nur der geniale Reformator, sondern die meisten seiner Jünger, mit Ausnahme des Judas, stammten aus diesem infolge günstiger Vermischung noch geistig beweglicherem Lande. Das Volk hatte Bedürfnis vor allem nach einem „Heiland", der es von seinen vielen konstitutionellen Krankheiten, die es infolge seiner Degeneration quälten, befreie. Nicht aber im orthodoxen Stammlande, in der freieren Diaspora fand die neue Lehre, die sich ja gegen Priesterherrschaft und starres Gesetz wandte, den prädestinierten Boden für die religiöse Reform. Das Neujudentum hellenischer Bildung brachte den Fortsetzer Christi, den Saulus, später Paulus genannt, hervor. Als Epileptiker und Melancholiker war er das negierende pathologische Genie, das die Macht des jüdischen Gesetzes zu zerstören vermochte, dadurch erst die Verbreitung der neuen Lehre unter den Heiden möglich machte und so als „Heidenapostel" eine Weltreligion schuf. Das Bedürfnis dafür war allenthalben vorhanden; die Degeneration der Bevölkerung Palästinas und der übrigen Provinzen des Römischen Reiches war der geeignete Boden. Stärkste Gegensätze zwischen Reichtum und Armut, Hetärentum und Askese erzeugten einen allgemein verbreiteten Pessimismus. Nach Reibmayrs teleologischen Anschauungen sind aber gerade beide extreme Formen des Geschlechtstriebes von der Natur gewollte Ausleseerscheinungen, die die Ausmerzung von Degenerierten, für die gesunde Fortpflanzung der Art unbrauchbar gewordenen Individuen und Familien herbeiführten. Je größer nun das Elend des Volkes, je geringer seine Macht und sein Ansehen unter den übrigen Völkern, desto mehr arbeitete das religiöse jüdische Talent und Genie in der Theorie daran, die Macht und den Ruhm Jehovas zu vergrößern und zu verkünden. Allgemeiner Haß der anderen Völker gegen diese überhebliche Intoleranz mußte endlich die Katastrophe herbeiführen. Die Zerstörung Jerusalems und die Zerstreuung des Volkes war die Folge. Vorher hatte aber die extreme Form des Fremdenhasses in den genialen Geistern, denen die politische Existenz der Nation am Herzen lag, eine Reaktion hervorgerufen, die in das andere Extrem hinüberschwankte, der haßerfüllten Religion der Pharisäer und Schriftgelehrten wird nun die Religion der allgemeinen Liebe entgegengesetzt: „Liebet Eure Feinde." So wurde aus der Stammesmoral des Moses und der Propheten die universelle Moral des Christentums. Dem Unglück der Degeneration und sozialen Not gegenüber wurde dabei der Zustand ausgleichender Gerechtigkeit ins Jenseits verlegt. Die Juden hielten aber auch nach der Zerstreuung unter die fremden Völker an ihrem Verbot jeder Blutmischung streng fest. Kulturhemmend und erstarrend wirkten Herrschaft des Gesetzes und der Priester weiter. Das Resultat des tiefen Verfalles des jüdischen religiösen Talentes war der traurige Talmud. Daher vermochten sich die orthodoxen Juden nicht anzupassen und konnten nur parasitischerweise den Kampf ums Dasein führen. So ist denn der größte Feind des Judentums nicht die Rasseabneigung der übrigen Völker, sondern das Judentum selbst, speziell seine Priesterkaste.

Erst nach dem Tode Lombrosos ist es möglich geworden, eine vollständige Übersicht über das Riesenwerk der Lombrososchen Genialitätslehre zu gewinnen. **Jentsch** (258) versucht: „Die Entstehungsgeschichte des gewaltigen Geistesbaues, den der Italiener uns hinterlassen hat, zur Stunde kurz zu vergegenwärtigen, solange seine Fassade noch die frischen Spuren der Tätigkeit des Meisters zur Schau trägt.“ Lombroso zeigte Ansätze zu seiner Lehre schon in der von ihm als 21jähriger Student abgefaßten Abhandlung über die Geistesstörung des Mathematikers und Physikers Hyeronimus Cardanus (1501—1576). Als später Lombroso Schopenhauer und Lenau zum Objekt seiner Untersuchungen machte, schoß er dabei stark über das Ziel hinaus, und die Kritik hatte bezüglich seiner Hypothesen gar leichtes Spiel. Das ihm eigentümliche ausgebreitete Operieren mit Analogien machte seine Arbeitsweise besonders angreifbar. Aus einigen gleichartigen Zügen zweier Dinge schloß er allzu rasch auf ihre Identität. Während Magnan und Möbius lediglich von einem „pathologischen Grenzzustande“ des genialen Individuums ausgingen, versuchte Lombroso mit Hilfe einer großen Anzahl von abnormen und pathologischen Einzelzügen eine komplette „Entartungspsychose“ des Genies zu konstruieren. Das Periodische in Wesen und Arbeiten vieler Genies ließ ihn auch hier an den Morbus sacer, den Epilepsiebegriff denken; und in dem Unterbegriff der „psychischen Epilepsie“ fand er Raum für gar viele besonderen Zustandsbilder und Symptomengruppen. Um Einwände gegen diese Begriffsausdehnung kümmerte sich Lombroso wenig, ja er hielt bis zuletzt an seiner Epilepsielehre gewissermaßen als an einer Ehrensache fest. Auch in seiner letzten systematischen Zusammenstellung (Nuovi studii sul genio 1902) betonte Lombroso, die Genialität sei eine Degenerationsform, die mit mancherlei psychischen und morphologischen Besonderheiten einhergehe, welche auch sonst bei abnormer Anlage oder Erkrankung der nervösen Sphäre zur Beobachtung kommen. Im besonderen bezeichnet er wieder als Haupttyp seine epileptoide Form, daneben ließ er eine paranoide Form gelten, bei welcher Wahnbildung und bizarres Wesen und Gebahren im Vordergrund ständen! In seltenen Fällen können auch die kretinoide Form der Entartung als geniogen sich erweisen (Skoda, Sokrates). Hinsichtlich der äußeren Erscheinung des Genies hat Lombroso merkwürdigerweise fast nur auf die degenerativen Merkmale in pejus geachtet. So glaubte er am Schädel progressive und regressive (atavistische) Kennzeichen vorfinden zu können, und zwar letztere in der Überzahl. Ja Kopftraumen hielt er sogar für eine manchmal allgemein umstimmende Noxe, die sogar einige vor der Verletzung intellektuell Unterdurchschnittliche zu genialen Menschen gemacht habe. Sogar geographische Studien über die Beschaffenheit der Geburts- und Herkunftsstätten der hervorragenden Männer beschäftigten ihn. Er glaubte ferner an eine Vererbbarkeit des Genies sowohl als Vererbung einer bestimmten oder ähnlichen Gabe, als auch gleichzeitig schlechthin morboser Keime und ihre Vikariierung mit den genialen Gaben. Auch den kulturfördernden Einfluß der Rassenkreuzung zog er bei seinen Studien in Betracht. Ekstasen, Inspirationsperioden, habituelle Stimmungsanomalien depressiver Art, monströse Zerstreutheit, abnorm rasche Erschöpfbarkeit, akzidentelle akute Psychosen, Visionen, Migräne, vasomotorische und Affektreizbarkeit, charakterologische Sonderbarkeiten, widerspruchsvolles Wesen bei den Genien, alles das dünkte dem Italiener epileptoid, ein Korrelat der epileptischen Muskelbewegung im Rindengrau der Assoziationssphären. Bleibende Pubertätseigenschaften schienen ihm nicht so selten auf sexuelle Provenienz der Genialität zu deuten. Auch das Problem der heiligen Genies suchte er von



der Pathologie aus zu erfassen, endlich geriet er selbst unter den Einfluß des Okkultismus. Ihm fehlte aber fast völlig die Veranlagung für das Philosophische, für Erkenntnistheorie und Metaphysik. Alles in allem hielt Lombroso das Genie nicht für den höchsten Typus der menschlichen Entwicklung. Für ihn bezeichnet es im besten Falle eine höhere Staffel in einer oder mehreren bestimmten Richtung der Fortentwicklung der menschlichen Spezies. So erhalten nach ihm die Genies wohl starke evolutive Tendenzen neben regressiven oder pathologischen, zeigen sich aber philogenetisch nur als echte Durchgangstypen von oft recht disharmonischer Konstitution.

Nach **Cohn** (72) gibt es, wie bei allen Menschen, unter den Genies gesunde und kranke Exemplare. Das Genie kann voll gesund, kann entartet, kann dekadent sein, stets ist der Einzelfall zu betrachten. Für das Genie charakteristisch ist das Übermaß der im Gehirn gebundenen Nervenkraft, damit das Übermaß der inneren Erregung nnd deren gestaltenden Entladung über eines der inneren Sinneszentren: Auge, Ohr hinweg. Bei Musikern irradiiere z. B. alle Erregung ins Klangzentrum und wirke erst von dort aus motorisch. Das bedeute eine Abnormität schon in der Bildungsanlage und verrate sich am typischen Musikerkopf (z. B. Beethoven). Cohn hält den Kopfbau des Musikers für in der Regel atavistisch, sklavisch-knechtisch. Dem stellt er den Herrenkopf der großen Maler gegenüber. Malen sei ein Angreifen, ein Erobern mit dem Pinsel bei freudiger Erregtheit aller Sinne, daher die Sinnlichkeit der Maler. Der Bildhauer sei ein Maler mit dem Tastsinn, dem erotischen Urgefühlssinn, daher der Eros bei seinem Schaffen stark beteiligt. Von der griechischen Plastik her (Männerkörper mit fast weiblicher Schönheit) verstehe man erst die griechische Päderastie. Die bildenden Künstler verrieten so meist einen Überschuß an Gesundheit. Das gesunde Genie sei ein Überexemplar Mensch. Der einseitigen Überentwicklung entspräche andererseits öfter aber auch Schwäche, ja Infantilismus des Gehirns im ganzen, besonders bei dem schwachen Genie, das nach jeder Überleistung zusammenfalle und sich vielleicht als schwer neuropathisch erweise. Aber das Genie habe seine ihm ganz eigentümliche besondere Neurasthenie, eine zarte, seelische Reizbarkeit, einen enorm nahen Zusammenhang von Körper und Psyche, eine Art Seelenhysterie. Das Genie sei eben eine Sonderform der Entartung für sich. Seine hohe Wertigkeit wäre dann ein Zufall der Lokalisation dieser Entartung im überwuchernden Gehirn. Das massenhafte Auftreten des Genies sei ein mahnendes Zeichen, daß die Rasse sich dem Untergang nähere, und so bedeute Genialität oft den „Schwanengesang der Rasse“.

Ostwald (415) gibt in dreizehn Vorlesungen die „psychographischen“ Lebensbeschreibungen von sechs berühmten Naturforschern, nämlich von Humphrey Devy, Julius Robert Mayer, Michael Faraday, Justus Liebig, Charles Gerhardt und Hermann Helmholtz. Im zweiten Teile seiner Vorlesungen geht Verfasser auf die Erziehungsprobleme ein, die der Werdegang seiner großen Männer in den Vordergrund gestellt hat. Das klassische Bildungsideal charakterisiert er dabei als kulturfeindlich, da es nach rückwärts, nicht nach vorwärts weise. Die Verwaltung in Deutschland stehe geradezu noch im Banne von mittelalterlicher Scholastik, da die juristische Vorbildung der Beamten nur eine genaue Fortsetzung des Schulmittelalters sei. Alle die Wissenschaften, die sich vom antiken Ideal losgemacht hätten, hätten seitdem eine wundervolle Entwicklung erfahren. Die Rechtswissenschaft aber sei verknöchert. „Die von Grund aus unehrlichen, ja spitzbübischen Advokatenkniffe einer von innerlicher Fäulnis zersetzten Zeit gelten noch heute als Normen für die Verhandlungen des Privatrechts.“



Froriep (158) verwirft mit Recht Galls Phrenologie als gänzlich unbrauchbar, erkennt aber als Galls unsterbliches Verdienst an, daß er die graue Substanz der Großhirnrinde als Organ der Psyche erkannt habe, und daß er das Seelenorgan nicht als einfach, sondern als kompliziert ansah.

Sofer (524) behauptet, daß die Rassendisposition offenbar beim Erwerb der Tuberkulose die entscheidende Rolle spiele, nicht aber die Gelegenheit, sich im frühen Kindesalter mit Tuberkelbazillen zu infizieren, eine Gelegenheit, die in den modernen Kulturstaaten ja überall zu jeder Zeit gegeben sei. Den Habitus phthisicus (paralyticus) hält Verfasser aber gerade für das pathologische Spiegelbild der nordischen Rasse, während der Habitus apoplecticus das Spiegelbild der alpinen, brachycephalen Rasse sein soll. Bei den Juden nun müsse man sicherlich eine gewisse Immunität gegen Tuberkulose annehmen, die nach der Anschauung Sofers wesentlich auf ihrer Zugehörigkeit zur alpinen Rasse beruhe.

Eisenstadt (107) verteidigt Bunge gegen seine immer zahlreicher werdenden Gegner. Die Bungesche Theorie von der ererbten Stillunfähigkeit habe ja nicht nur lediglich zum Inhalte, daß der väterliche Alkoholismus die Ursache der Stillunfähigkeit sei, die Hauptsache sei vielmehr, daß Bunge auf Grund seiner Erhebungen über das Stillen zu einer Entartungstheorie gelangt sei, denn er sage, die Unfähigkeit zu stillen sei keine isolierte Erscheinung. Sie paare sich mit anderen Symptomen der Degeneration, insbesondere mit der Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen aller Art: z. B. an Tuberkulose, an Nervenleiden, an Zahnkaries. Auf allen diesen Gebieten habe nach Bunge eben der Alkoholismus eine ursächliche Bedeutung. Eisenstadt meint daher: „Es kann die Stillfähigkeit der Töchter von Alkoholikern voll erhalten und dennoch die angeborene Neigung zu Tuberkulose, Zahnkaries, Nervenleiden bei ihnen vorhanden sein. Sie gehören dann bereits in die Gruppe der vermindert Stillfähigen. Die voll stillfähigen Mütter hingegen sind tuberkulosefest, haben vorzügliche Zähne und eine normale Psyche.“ Sache der Psychiatrie sei es, zu ermitteln, wie beschaffen die Psyche vollstillfähiger Mütter sei bezw. sein müsse, insbesondere, welche sozial- und sexualpsychische Eigenschaften sie hätten (höhere Mutterliebe, bessere Mutterinstinkte?) gegenüber stillunfähigen Frauen, die wohl kaum angeborene psychopathische Züge vermissen lassen würden. Gebe es doch neuerdings Kindesmörderinnen auch bei den legitim verheirateten Frauen, z. B. aus Eifersucht oder aus Reue über ihre Eheschließung. Vielleicht gelänge es den Schulnervenärzten einmal durch eingehende Beobachtungen, diejenigen Mädchen zu erkennen, welche künftige voll stillfähige Mütter sein würden, und so die Gattinnenwahl zu beeinflussen. Mit Stillprämien belohnte Mütter müßten öffentlich bekannt gemacht werden. Spätehe und Trinksitten des spät heiratenden Mannes führten bei den weiblichen Abkömmlingen immer mehr zur Herabsetzung des Mutterinstinktes. „Die psychologische bezw. psychiatrische Beobachtung jeder einzelnen Mutter ist eine Aufgabe ärztlicher Gewissenhaftigkeit; die Ermittlung derjenigen Mädchen, welche voraussichtlich in der Ehe vollstillfähige Mütter sein werden, bildet die dringliche Forderung der sozialen Hygiene.“

Ebstein (101) macht zuerst Mitteilung über Brachymetakarpie und Verschmelzung von Metakarpalknochen bei drei Brüdern und dann über Flügelhautbildung bei Mutter und vier Töchtern. Verf. hebt hervor, daß für die Tatsache, daß mechanisch erworbene Mißbildungen vererbt werden können, in neuerer Zeit immer mehr Behauptungen aufträten. So scheine es z. B. eine direkte Vererbung des kongenital krummen Fingers durch die weiblichen Mitglieder zu geben.



Sommer (527) hat neue Nachrichten über die von Dr. Cohn untersuchte Familie mit vererbbarer Sechsfingerigkeit erhalten, die er wiedergibt. Verf. hofft, daß sich bei weiter durchgeführter Beobachtung im Laufe der Zeit ein immer klarerer Einblick in die morphologische Erscheinung der Polydaktylie, ihre Häufung, ihr ev. Verschwinden usw. ergeben wird. In der Literatur über Schäden der Konsanguinität, gezeigt an dem Vorkommen und Verschwinden von Polydaktylie, schleppt sich ein Bericht über Vorkommnisse an einen angeblichen Ort Eycaux fort. Sommer konnte nachweisen, daß ein Ort Izeaux damit gemeint sei, daß die Wahrheit der Berichte sehr zweifelhaft sei, die „Legende von Izeaux" also für die Regenerationslehre bisher nicht verwertbar ist.

Fischberg (138) behandelt die Anzahl und die Verbreitung der Juden, stellt ihre körperliche Erscheinung, Proselytentum und Mischheiraten dar, schildert die demographischen und pathologischen Eigenschaften, ferner ihre wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Stellung, wobei er zu dem Schlusse kommt, daß der Zionismus nichts erstrebenswertes sei, gäbe es doch keine wesentlichen, auf erblicher Übertragung beruhende Unterschiede zwischen Juden und den nichtjüdischen Völkern, unter denen sie wohnten. Die Juden seien eine Religionsgemeinschaft, keine abgesonderte Rasse. Der jüdische Gesichtstypus sei eine Folge jahrhundertelanger sozialer Unterdrückung. Bei einer Vergleichung der Kriminalität der Konfessionen ergibt sich in allen Ländern eine geringere Kriminalität der Juden als der der Christen außer in Rußland. Vor allem ist die Zahl der Betrunkenen bei den Juden außerordentlich gering, es fehlen ihnen also von vornherein die Trunkenheitsdelikte. Die Berufsgliederung der Juden färbt dagegen ihre Kriminalität in ganz bestimmtem Sinne, es überwiegt vor allem die Kriminalität, die mit Geld- und Kreditgeschäften verbunden zu sein pflegt.

Langdon (301) gibt eine allgemeine Übersicht über die heutigen Anschauungen bezüglich der Zusammenhänge von Leben, Geist und Materie. Er meint, fast alles dabei sei noch hypothetisch, und eine einzige Entdeckung, ähnlich der der Röntgenstrahlen und des Radiums, könne die Annahme von Jahrhunderten umstoßen und das Metaphysische von heute in das Physische von morgen umwandeln. Entwicklung sei alles.

Die Bildung von Werten bezüglich ihres Vorzeichens positiv oder negativ, sowie hinsichtlich ihrer Intensität ist einem steten Wechsel unterworfen, sagt **Stadelmann** (530). Treten durch Giftzufuhr in den Organismus (Alkohol, Ermüdungsgift usw.) andere Reaktionsmöglichkeiten in ihm auf durch eine Veränderung in der augenblicklichen seelischen Reaktionsmöglichkeit, dann werden auch hierdurch die Werte sich ändern. So ist es vor allem bei dem Lebensvorgang der Ermüdung (Dissimulation). Diese zeigt nach Stadelmann zwei Stadien, das erste ausgezeichnet durch gesteigerte Erregbarkeit der Zelle und dadurch bewirkte gehobene Leistung, das zweite durch herabgesetzte Erregbarkeit mit gesunkener Leistungsfähigkeit. Dann folgt meist das Stadium der Erholung (Assimilation). Fast immer hebt zuerst die Ermüdung das Interesse und mit ihm den Wert und läßt dann das Interesse und den Wert abflachen; sie wirft das Positiv ins Negativ. Wo nun das erste Stadium der Ermüdung in das zweite übergeht, liegt nach Verf. der „Umsturzwert" oder Perverswert, Kontrastwert — eine Mischung von positiver und negativer Bewertung. Zu den Menschen mit großer Ermüdungsanlage, und daher einen recht deutlichen Umsturzwert aufweisend, gehören die Genialen sowohl wie die Psychotischen. Z. B. liegt im Lustmord als Motiv zur Tat der Umsturzwert; die hochgestiegene Gier nach Besitz überschlägt sich zur Wut gegen das Objekt, das zu hoch gewertet



war (?). Verf. findet Analogien seines „Umsturzwertes“ in Religionsgeschichte (Bekehrungen), im Leben der Völker, der Kunst, der Soziologie und wie schon beim Lustmörder in der Welt des Verbrechens. Er erkennt in seinem „Umsturzwert“ ein Mittel für die Entwicklung des menschlichen und menschheitlichen Geistes. Das Prinzip, aus dem dies Mittel kommt, ist die Ermüdung. So wird das Sich dem Bestehenden Entgegenstellen nicht zur Hemmung. Das Zerstören wird hier vielmehr ein Teil des Bauens. Zerstören und Bauen einen sich zur „Entwicklung“.

Ellis (111) hat vorzügliche Studien an seinem eigenen Traumleben gemacht, und versucht nun die psychischen Elemente des Traumes zu analysieren; so behandelt er die Logik im Traume, den Einfluß der Sinne, die Gemütsbewegungen, die Traumsymbolik, das Gedächtnis im Traume, den Flugtraum und die Träume, in denen Verstorbene erscheinen. In bekannter umfassender Weise zieht Ellis dabei die Literatur und Kulturgeschichte, soweit sie seinen Stoff berührt, in den Kreis seiner Besprechung. Ellis steht nicht auf dem sehr einseitigen Standpunkt Freuds, der alle Träume als Wunschträume ansehen und ihnen nur diesbezügliche, aber dann weitgehendste symbolische Bedeutung beilegen möchte. Für Ellis ist der Traum ganz allgemein eine Dissoziation (Sejunktion). Das Ursprüngliche sind Sinneseindrücke, die im Traum kaleidoskopartig auftauchen, sich fortwährend verändern, vergrößern, verzerren, wobei sich die unterbewußte Kontrolle bemüht, sie immerhin noch einigermaßen sinnvoll zu gestalten und zu deuten.

Stekel (534) versucht auf seine Weise eine Darstellung der Symbolik und Deutung des Traumes und ihren Beziehungen zur kranken und gesunden Seele zu geben. Natürlich ist für ihn die „Symbolik“ an sich „in den meisten Fällen eine Sexualsymbolik“. Ein Teil der neurotischen Symptome kommt nun nach Steckel durch eine Verwechslung von Symbol und Realität zustande: der Neurotiker lebt in einer eigenartigen Welt des Traumes. Nicht aber nur verdrängte sexuelle Wünsche, also sexuelle Zielvorstellungen machen nun, wie Freud lehrt, das Wesen der Träume aus, sondern auch „verdrängte Kriminalität“, besonders allerlei „verbrecherische Todeswünsche“ finden nach Steckel im Traume ihre Symbolik. So kommt Verf. zu der Auffassung, daß als die wichtigste Kraft in der Dynamik der Neurose der Haß und nicht die Liebe anzusprechen sei. Jeder Neurotiker ist für Steckel ein Verbrecher ohne den Mut zum Verbrechen. Der großen Kriminalität entspricht eine Überkompensation durch eine übergroße Moralität, der Neurotiker erkrankt infolge eines „psychischen Konfliktes“, der im wesentlichen auf einem inneren, unbewußten Kampfe zwischen Kriminalität und Moralität beruht. Die Bedeutung der Sexualität soll dabei nur als eine der vielen Komponenten der Kriminalität, als ein Teil jenes großen Gebietes, das alles Verbotene umfaßt, in Betracht kommen, ihr Gebiet wird also eingeschränkt. Dafür wird aber ein weiteres, ihr übergeordnetes Gebiet an ihre Stelle gesetzt, das in seiner Einseitigkeit wohl kaum besser ist als das eben eingeschränkte.

In seiner einseitigen Weise behauptet **Stekel** (535): Jeder Neurotiker kämpft mit „verdrängten“ kriminellen Gedanken. Er ist ein Verbrecher ohne den Mut zum Verbrechen (!). Der Neurotiker erkrankt, weil sich seine psychische Energie im Kampfe zwischen dem Kriminellen und den ethischen Hemmungsvorstellungen aufreibt. Auch hier helfe noch am ehesten das „Bewußtmachen“ der kriminellen Pläne. Wie das Kind „polymorph pervers“ und „universell kriminell“ sei, so bliebe eben der Neurotiker auf solchem infantilen Standpunkte stehen. Wie beim Kind sei für ihn das Verbrechen nur eine Form des Selbsterhaltungstriebes. Auch die „Pseudoepileptiker“



krankten an schweren kriminellen Impulsen, die sich dann im Anfalle austobten. Der pseudo-epileptische Anfall sei ein Surrogat des Verbrechens. Wohl die meisten neurotischen Symptome seien nur Schutzmaßregeln gegen die kriminellen Triebe. So schütze sich z. B. ein an Platzangst leidender Kassier durch diese Angst vor der Defraudation (!). Wenn das Kind mit der „Eisenbahn" spiele, denke es oft daran, daß sie auch ein „Mordinstrument" sein könne, — „überfahren" könne. Die „Angst" des Neurotikers stehe nun im Dienst der Hemmung gegen ähnliche infantile kriminelle Phantasien; sie sei zugleich Schutz und Strafe. Ja in so mancher Berufswahl drücke sich der Versuch aus, die erotischen und kriminellen Triebe zu sublimieren und sie so in den Dienst der Kultur zu stellen. Ein Sadist werde so mit Vorliebe Chirurg, ein latenter Brandstifter — Feuerwehrmann oder wohl gar Chemiker für Feuerlöschmittel. Schutz gegen unbewußte kriminelle Instinkte solle dann eben der Beruf gewähren. Auch Advokaten und Richter, ja Detektivs, ergriffen öfter deshalb ihre Berufe, ja flüchteten sich vor sich selbst sogar in die „Zwangsneurose". Alle Neurotiker seien Schuldbewußte, ihre Angst sei Angst vor der Vergeltung. Auf einem gewissen Punkte der fortlaufenden Linie der Entwicklung gehe eben die Kriminalität in die deutliche Neurose über.

Sturm (549) glaubt, daß Massensuggestion im bekannten Moabiter Prozeß wohl eine Rolle gespielt haben möge. Starke Gefühlsbetonungen mögen bei den Zeugen vor allem unter dem Einfluß der Empörung die rückerinnernde Phantasie unwillkürlich aufgepeitscht haben, so daß die Zeugenaussagen gegen Schutzleute wohl mit großer Vorsicht aufzunehmen seien.

Im Anschluß an Pelman, Psychische Grenzzustände, 2. Aufl., Bonn, Verlag Fr. Cohen, skizziert **Münzer** (387) einige der geschichtlich bekanntesten psychischen Epidemien (u. a. Kinderkreuzzug, Flagellantenzüge, Duchoborzen und die religiöse Epidemie im blauen Kreuz-Hause zu Kassel aus dem Jahre 1907). Überall handelt es sich dabei um eine psychische Masseninfektion, wie auch bei gewissen Modeverbrechen (Nachahmung des Hauptmanns von Cöpenick, Mord und Selbstmordepidemien, Schülerselbstmorde und Choreaausbrüche in Schulen usw.). Immer sind sie psychogenen Charakters, also Äußerungen psychischer Hysterie. Suggestion ist ein Hauptfaktor. Bei allen psychischen Epidemien unterliegen die logisch-kritischen Kräfte des Individuums gegenüber der nun fast allein dominierenden Affektivität. Es liegt das in einer Labilität der Anlage, bei der den Affekten a priori ein bedeutendes Übergewicht gesichert wird. „In dieser Eigenart gleicht die Hysterie vielleicht einer Entwicklungsperiode, durch welche auf dem Wege zu höherer Vollendung das Seelenleben der gesamten Menschheit einmal hindurchgegangen ist." Jedenfalls aber könne man nicht ohne weiteres eine geistige Inferiorität der Hysterischen als Grundlage ihres Leidens anerkennen, — nur größere Labilität.

Gaupp (171) will zeigen, wie große Künstler in alter und neuer Zeit versuchten, seelische Leiden zum Objekt ihrer Kunst zu machen, — darlegen, welche Motive sie dabei leiteten, und wie das Wesen der Kunst auf dem Gebiete des Psychopathologischen den Künstler meistens zwingt, von der einfachen Wirklichkeitsschilderung abzuweichen. Wirkliche Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten. Das Denken und Tun der eigentlichen Geisteskranken ist uns nie völlig begreiflich, weil es aus Seelenzuständen stammt, die von dem Leben unserer eigenen Seele prinzipiell verschieden sind. Der Analogieschluß der Laien und Dichter mit ihren eigenen seelischen Erlebnissen ist eben hier ein Irrtum, der zu vielen Entgleisungen auf allen Gebieten geführt hat. Das Mittelalter, durch Ekstase, Exorzismus, Wunder-



und Aberglauben, zum Krankhaften neigend, hat genug Bilderwerke, die Geisteskranken verewigten, hervorgebracht. Verf. gibt Beispiele. Aber auch geisteskranke Künstler haben ihrer Krankheit in ihren Bildern Ausdruck gegeben. Vor allem haben die Dichter von je das Psychopathologische für die Zwecke ihrer Kunst benutzt, ob medizinisch korrekt, ist nicht Sache ärztlicher Kritik, — solche Kritik daher verfehlt. Denn jeder große Künstler hat die Geisteskrankheit, sofern sie in der Dichtung selbst ein Problem bildete, falsch zeichnen müssen, wenn er seine Aufgabe wahrhaft künstlerisch lösen wollte. Nur psychopathische Naturen, also in ihrer Psychologie noch allgemein verständliche, waren von je Helden des Dramas, des Romans; oft wiesen die besten Schilderer pathologischer Naturen meist selbst pathologische Züge auf. Mit dem Irresein unserer Anstaltsinsassen hat das aber nichts zu tun. Wollte man Irrenanstaltskranke zum Gegenstand eines Romans machen, so würde es einen sehr langweiligen und vor allem ganz unverständlichen Roman ergeben.

Hellpach (214) interessiert vor allem der Zusammenhang von Pathologischem und Tragischem. Dazu will er zuerst einmal das wirklich Kranke, und zwar das seelisch Kranke, als Objekt der modernen Kunst einer näheren Betrachtung unterziehen. Der Architektur und der Musik spricht er jede Möglichkeit ab, den Menschen und damit seelisch Krankes zum Objekt zu haben, könne doch die Musik allein die affektive Seite des Seelenlebens darstellen! Figurenmalerei und Plastik wurden zur Versinnlichung krankhafter Zustände benutzt, soweit sie sich für einen einzigen Zeitpunkt festgehalten, darstellen ließen, in der modernen Kunst aber wohl kaum öfter wie in der mittelalterlichen. Es sei deshalb wirklich ein seltsamer Widerspruch, wie die gleichen Gebildeten in der Galerie überall Pathologisches witterten, im Gerichtssaale aber überall die Augen krampfhaft davor verschlössen. Trotzdem gebe es sicher eine moderne bildende Kunst mit stark phsychopathischer Nüance, vor allem in den Schwarzweißkünsten. In einem abnormen Leib die Hindeutung auf perverse Seelen (Hermaphroditen, Botticelli, Praeraffaeliten, Fidus) habe schon von jeher in der bildenden Kunst ihre Darstellung gefunden. Die Schauspielkunst vermöge seelische Krankheit zu zwingender Darstellung zu bringen. Am souveränsten aber sei darin die Dichtkunst. Sie klage man heute ja auch besonders der Übertreibung des Pathologischen an. Jedoch sei mindestens ein Fragezeichen dahinter zu setzen, ob die über dem Durchschnitt stehende moderne Dichtung wirklich nennenswert mehr pathologische Nebenfiguren enthielt als die große Dichtung früherer Zeiten. Die Entwicklung einer Geisteskrankheit könne ja überhaupt eine tragische Wirkung nicht üben, weil eben das Schicksal des Unterganges dabei nicht mehr durch Handeln vollzogen werde, sondern hereinbreche. Als Mittel der tragischen Kunst sei Geisteskrankheit aber verwendbar, sie markiere dann nur den äußeren Abschluß. Nie aber dürfe vorher die Geschlossenheit der seelischen Motivation von unseelischer Kausalität durchbrochen werden. Das sei auch nicht der Fall beim Dégénéré supérieur. Bei ihm sei die seelische Ursächlichkeit nur ihrer Intensität nach verändert. Er sei deshalb die beliebteste tragische Figur. Natur, Geschichte und tragische Dichtung bediene sich gern dieser psychopathischen Ausnahmenaturen, um ihre Ziele zu erreichen.

Nach **Türkel** (567) wird es öfter dem geschulten Prüfer gelingen, nachzuweisen, daß strafbare Handlungen Jugendlicher nicht nur indirekt durch die Lektüre beeinflußt sind, sondern sich als mehr oder minder getreue Übertragungen des Gelesenen in die Wirklichkeit darstellen. Vielleicht bildeten sogenanntes Wachträumen das Übergangsstadium zwischen



Lektüre und Handlung. So strauchelt der allerdings durch und durch psychopathische 16jährige Kellner Fritz W., der sich selbst wegen begangener Diebstähle und Brandstiftungen beim Polizeikommissar anzeigte, von dem Tage an, als er einen Kolportageroman gelesen, der den Fall der Therese Humbert behandelte, er habe sich da ganz in größenwahnsinnige, verbrecherische Ideen verrannt und habe sich, so sagt er selbst, von der Lektüre solcher Bücher nicht mehr trennen können. Freisprechung, Stellungsverlust, Selbstmordversuch. Unterbringung in die psychiatrische Klinik. — 2. Ein 17 Jahre alter Diener fälscht einen Scheck seines Herrn. Grund: Abenteuerlust. Mit dem Geld wollte er „wie Karl May" nach dem Orient, Prinzessinnen befreien und Räuber fangen. Auf alle Vorhalte hatte er die stereotype Antwort: „Das macht nichts, der Karl May hat's auch gemacht." Psychopathie der Pubertät. Freispruch durch die Geschworenen.

An der Geschichte des Kriminalromans will **Schneickert** (494) dartun, daß diese Art Literatur nicht in Bausch und Bogen zur Schundliteratur geworfen werden dürfe. Ebensowenig man durch ein Verbot des Waffentragens den Mord verhindern könne, ebensowenig durch das Verbot der suggestiven Verbrecherlektüre! Neben recht mittelmäßigen, in ethischer und literarischer Hinsicht zum großen Teil sogar unter Null stehenden, gäbe es Autoren (bes. Conan Doyle) von hervorragender Begabung und mit vorzüglichen Fachkenntnissen, deren Romane und Novellen zumeist einen bleibenden Wert hätten.

Näcke (400) möchte bei der Beurteilung der eventuell kriminellen Wirkung der Jugendlektüre nicht das Kind mit dem Bade ausgegossen haben. Das Kind wolle Aufregung, keine Belehrung. Viel gefährlicher als Indianergeschichten und Karl May seien für die Jugend die Detektivgeschichten, für die Erwachsenen aber die Presse und die öffentlichen Verhandlungen, die jedes Verbrechen breitträten und so die Neugierde und Nachahmung anstachelten.

Die Schundliteratur hat einen ganz bedeutenden Einfluß in der Richtung einer Überreizung der Phantasie und einer Erregung der Abenteuerlust, wodurch mittelbar die Verbrechensbegehung veranlaßt oder gefördert wird. **Umhauer** (569) hält ihre gesetzliche Bekämpfung (neben anderen Mitteln) für unbedingt nötig, wenn man Erfolg haben wolle. Er schlägt dazu eine geeignete Abänderung der Gewerbeordnung vor (Gleichstellung der Schundliteratur mit der Schmutzliteratur) und eine Änderung des Strafgesetzbuches im Sinne eines Verbotes der Schundliteratur an Jugendliche im Buchhändlerladen, vor allen Dingen aber einer Säuberung der Schaufenster. Diese Abänderung müsse alsbald, unabhängig vom Inkrafttreten eines neuen Strafgesetzbuches, vorgenommen werden.

Kinematographische Aufnahmen der französischen Winzerunruhen gewannen den Wert von Tatbestandsaufnahmen. **Schneickert** (495) schlägt vor, solche Aufnahmen vorzubereiten dort, wo auf strafbare Ausschreitungen im voraus gerechnet werden könne (Streikunruhen, Aufruhr u. dgl.).

Schneickert (496) befürwortet das Vorgehen der Prager Polizei, zwischen den kinematographischen Vorführungen auch Bilder gesuchter Verbrecher erscheinen zu lassen.

Zwei Theorien wurden aufgestellt, um die Verbreitung des Eddyismus, Dowilismus und verwandter psychologischer Schrullen des 19. Jahrhunderts zu erklären. Sie wurden angesehen 1. als eine Reaktion gegen den Materialismus des Zeitalters und der Wissenschaft und 2. als Wiederaufleben des schon für überwunden gehaltenen Aberglaubens. **Bulter** (58) prüft diese Erscheinungen entwicklungsgeschichtlich und kommt zu dem Schluß, daß



überall die Folk-Lore dabei eine große Rolle spiele. Der Urmensch sei weder materialistisch noch spiritualistisch im heutigen Sinne gewesen, dennoch sah er in spiritualistischer Weise kritiklos jedes Ding als belebt und als gut oder bösgesinnt an, woraus Mißtrauen und allerlei Riten mit ihrem Tabu resultierten; ähnlich betrachte ja auch das Kind heute noch seine Puppe wie einen beseelten Spielkameraden. Der Geschlechtstrieb, eine Abart des Ernährungstriebes. wäre durch sein geheimnisvolles Wirken besonders von Furcht und Mystizismus umgeben worden. Sorge vor Störung und um die Erreichung voller Befriedigung habe ja von je die Koitusausübung ins Verborgene gedrängt. Die Frau schien während der Menstruation gefährlich. später gar sündig. Männer und Frauen schieden sich daher bald in 2 Kasten, die sich zeitweise auswichen. Andererseits glaubte man an ein „Inokulierungs- und Assimilationsprinzip“ durch Tragen von Kleidern der geliebten und dennoch gefürchteten Person. Im Ringwechsel bei der Ehe ist dies noch heute der symbolische Untergrund. Mutuelle „Inokulation“ sollte Gewalt übereinander geben. Dadurch entstanden allerhand Austauschbräuche, aber auch der Glaube an Schwängerung vermittels solcher Gegenstände oder durch Geister, also auch an Geburten ohne vorausgehenden Geschlechtsverkehr. Bei den Australiern lauern Geister der Verstorbenen in Bäumen, Steinen usw., um als Frucht in eine vorübergehende Frau zu fahren. In England glaubten weibliche Gerichtshöfe an ähnliche mögliche Vorgänge. In den romanischen Ländern besteht ebenfalls der Glaube an Geisterschwangerschaft. Noch 1894 spielte sich ein Prozeß wegen einer Schwängerung seitens des Astralleibes des verstorbenen Gatten vor den höchsten Gerichten ab. Der Eddyismus ist im Grunde eine ganz unverfälschte Dämonologie. Der Hexenglauben lebt heute noch und in Pittsburg usw. gibt es Zauberdoktoren, die Tausende verdienen. Schon das alte Testament bietet Beispiele von Phobie gegen die Ärzte, aus dieser Scheu okkulten Ursprunges entstanden dann die Sekten und Wunderheiler, Eddyismus, Schäkertum bis zu Hahnemanns Patentmedizin usw. Man rebelliert so gern gegen natürliche Gesetze in der Hoffnung auf Sensation und Wunder, und weibliche Hysterie verstärkt noch diese Neigung. Dem Arzte aber schreibt man Mangel an Spiritualität zu und meidet ihn. So ist also der Parvenu nur ein mit dünnem Firnis überdeckter Primitivmensch. Noch heute spuken die uralten Fetischideen. Wo sogar noch Universitätsprofessoren an Teufel und Besessenheit glauben, wo Kurpfuscher mit Patentmedizinen den meisten Zulauf haben, da dürfen wir nicht von allgemeiner Aufgeklärtheit reden, und man kann nicht tolerant genug sein den Irrtümern gegenüber, wegen welcher man das Mittelalter so scharf kritisiert.

Nach H. Groß ist Th. **de Cauzons** (65) Werk ein ausgezeichnetes Orientierungsmittel über Zauberei, Geister- und Dämonenglauben usw. von der Antike an über das dunkle Mittelalter bis in die Neuzeit, deren hierhergehörige Erscheinungen wie Mesmerismus, Hypnotismus, Somnambulismus, tierischer Magnetismus ebenfalls ihre Besprechung finden.

Wie **Oswald** (416) feststellt, besteht der Aberglaube, ein Kind mit Bruchschaden werde geheilt, wenn es nachts vom Vater und Taufpaten dreimal durch den Spalt eines bei einer Kirche stehenden jungen Eichbaumes hindurchgeschoben werde. — Ein Kropfkind will man heilen, indem man ein verstorbenes kropfleidendes Kind mit einem Strick um den Hals beerdigt. Da ein so begrabenes Kind aber „nicht in den Himmel“ kommen kann, wurde die behilfliche Leichenfrau angezeigt.

Schütze (507) bespricht 1. die Erinnerungstäuschung durch Kopfverletzung. Als Beispiel bringt er eine Erzählung Bismarcks, der nach Sturz

vom Pferde automatisch richtig handelte, ohne nachher zu wissen, was er getan. 2. schildert der Verf. die „Fingerschau in den Justizgefängnissen von Mecklenburg-Schwerin", und 3. macht er Bemerkungen zu dem „jüdischen Meineidsaberglauben", wobei er auf das „Kol-nidre-Gebet" hinweist, das jedem Juden die Möglichkeit gäbe, alle Gelübde und Eide vor sich und seinen Glaubensgenossen aufzulösen, — für schlechte und schwache Israeliten also eine Handhabe, sich von übernommenen Verpflichtungen befreit zu dünken.

Hellwig (215) schließt seine Arbeit über jüdischen Meineidsaberglauben: „Wir glauben, festgestellt zu haben, daß zwar nicht die richtig aufgefaßte jüdische Religion irgendwelchen Meineidsaberglauben begünstigt, daß aber manche Schriftstellen und Anschauungen die Gefahr nahelegen, daß abergläubische Juden durch sie zur Anwendung von Meineidszeremonien gebracht werden könnten, ja daß sogar nicht ausgeschlossen ist, daß ähnliche Lehren sich auch bei dem einen oder andern wissenschaftlich unbedeutenden jüdischen Schriftsteller finden. — Mit dem Meineidsaberglauben der Juden ist es gerade so wie mit ihrem angeblichen Ritualmord. Wenngleich es einerseits zugegeben werden muß, daß die richtig verstandene jüdische Religionslehre weder den Meineid noch einen Ritualmord begünstigt, so kann man andererseits doch nicht daran zweifeln, daß es nicht nur abergläubische Christen gibt, welche Meineidszeremonien vornehmen und einen Mord aus Aberglauben begehen, sondern daß es auch Juden gibt, die zu dergleichen fähig sind.

Hellwig (217) zeigt an Beispielen, daß Okkultisten und katholische, aber auch protestantische orthodoxe Geistliche sich auch heute noch in der Meinung treffen, daß Sympathiekuren in ihren eventuellen Erfolgen mystische Gnadengaben Gottes sind. Bibelwortgläubige müßten unbedingt zu diesem Schluß kommen. Wenn der Glaube an Heilung durch Gebet und allerlei geistliche Hilfsmittel usw. (z. B. in der Christian Science) wieder herrschend werden sollte, so wäre das sehr zu bedauern. Denn obwohl unter Umständen die Suggestion gutes leiste, könnte diese Art Therapie doch auch recht verhängnisvoll wirken, indem bei organischen Erkrankungen die Anwendung rationeller Mittel verabsäumt würde.

Wallner (587) stellt fest, daß die Entwicklung des Volksbewußtseins bezüglich der Hinterziehung öffentlicher Abgaben usw. mit der wachsenden Moralisierung des ursprünglich allerdings ziemlich unmoralischen Institutes der Steuergesetzgebung und Steuertechnik nicht gleichen Schritt gehalten hat, sondern daß die große Masse der Abgabenpflichtigen die möglichste Übervorteilung des Staates als etwas ganz Selbstverständliches und gar nicht Verwerfliches ansieht. Die Berechtigung dieses Volksbewußtseins muß aber für die moderne Zeit durchaus bestritten und dies Volksbewußtsein als ein krankhaftes und korrumpiertes bezeichnet werden. Wallner stimmt daher in seiner Übersicht der richterlichen Anschauungen jenen Autoren zu, die die höchste Bekämpfung dieses Volksbewußtseins und die Propagierung einer gesunden Steuermoral verlangen. Es fehle aber wohl den modernen Finanzgesetzgebungen das Streben, das Rechte auf diesem Gebiet ernstlich zu wollen.

Bender (25) enthüllt in seiner Arbeit die raffinierten Kniffe der Saccharinschmuggler, die, wie er behauptet, nicht selten Anarchisten seien und durch den Schmuggel das Geld für die anarchistische Propaganda aufzubringen suchten. Nur weitgehendste Organisation der Bekämpfung werde diesen Schmuggel mit Erfolg beschränken können. Dabei müsse die Bestrafung eine viel intensivere werden, als wie sie heute meist geübt werde. Verf. macht im einzelnen aus seiner großen Erfahrung heraus beachtenswerteste Vorschläge.



Interessant ist der Artikel **Kassner**'s (270) über die kriminalistische Verwertung der Wetterbeobachtung besonders durch die Kontrollierung und Richtigstellung von Behauptungen von Angeklagten und von so manchen Zeugen seitens der Aufzeichnung meteorologischer Institute über das Wetter zur Zeit der fraglichen Ereignisse. Durch die „gerichtliche Meteorologie“ konnten Möglichkeiten, Unmöglichkeiten und lügenhafte Behauptungen aufgedeckt werden, die ohne Herbeiziehung eines meteorologischen Gutachtens unmöglich zu klären gewesen wären.

In seiner sehr tiefgründigen Arbeit bespricht **Marx** (353) vom kriminalpsychologischen Standpunkte aus den Begriff der „Schuld“, betrachtet die „Schuldigen“ und geht dann auf deren Behandlung ein, indem er „Erziehungsstrafen“, „Sicherungsstrafen“ und endlich „Verwahrung“ je nach der psychologischen Eigenart der Schuldigen empfiehlt, den alleinigen Sühnegedanken aber abweist. Die Persönlichkeit des Rechtsbrechers muß den Geist der Strafe bestimmen. Die Strafe muß erziehen, abschrecken und schützen wollen. Marx tritt, obwohl Determinist, praktisch für den Begriff der „freien Willensbestimmung“ ein, wobei er etwas unlogisch eine innere „freie Eigengesetzlichkeit“ des menschlichen Wesens behauptet. Hübsch ist seine Definition des „Normalseins“; er versteht darunter die strikte Innehaltung eines psychophysischen Parallelismus, bei dem eine „äußere“ Reihe durch Ursachen, — die andere „innere“ Reihe durch Gründe determiniert ist. Dazu kommt aber noch eine dritte „innerste“, eine Gefühlsreihe, für die hinsichtlich des Normalseins wiederum eine Art von Intensitäts- und Qualitätsparallelismus zu den beiden anderen Reihen gefordert wird. Bei Erkrankung der geistigen Persönlichkeit wird nun der Komplex der sogenannten konstanten Motive derartig verändert, daß die durch ihn treffende Reize ausgelösten Reaktionen eine Verschiebung gegen den normalerweise zu erwartenden Charakter erkennen lassen. Es gibt nun ungezählte Grade dieser Verrückung, psychiatrische Zwischenstufen, deren man am besten im § 81 des Entwurfs gedenken könne, vielleicht auch im § 83. Mildere oder modifizierte Bestrafung werde dann diesen Individuen, ohne deshalb den in manchem gefährlichen Begriff der „geminderten Zurechnungsfähigkeit“ einführen zu müssen, zuteil werden können. Affekte sind, nach Marx, handlungsbestimmende Gefühle von besonderer Stärke, sich kurvenmäßig über die allgemeine Gefühlslage erhebend in Spannung und Entladung. Unter „Gewissen“ ist die Erkenntnis, zu verstehen, daß die ausgeführte Handlung mit unserer dauernden Gefühlslage nicht in Übereinstimmung steht. Reue ist das Unlustgefühl durch den Widerspruch, in den sich manche Handlungen zu den Wesensbestandteilen unserer konstanten Gefühle stellen. Ein bewußter Ausgleich der im Anstieg begriffenen Differenz zwischen Affekt und Intellekt heißt vulgär „Selbstbeherrschung“. Das Handeln bewegt sich allgemein in der Richtung des geringsten Widerstandes. — Die „Schuldigen“ teilt Marx ein in Situationsverbrecher und verbrecherische Persönlichkeiten. Affektverbrecher sind Situationsverbrecher. Bei den verbrecherischen Persönlichkeiten handelt es sich um das völlige Fehlen oder die dürftige Ausbildung gefühlsmäßiger Veranlagung. Eine Unterabteilung ist der Triebverbrecher. Ungenügende Ausbildung und Konstanz der Gemeinschaftsgefühle besteht aber schon fast generell für gewisse menschliche Perioden, z. B. für die Jugendlichen, dann für die Alternden. Eine Sonderstellung gegenüber der Strafgesetzgebung muß den Frauen zugewiesen werden. Ihr sexueller Rhythmus, ferner Schwangerschaft, Klimakterium usw. bedingen beim Weibe größere Reizbarkeit und Triebhaftigkeit und dadurch Neigung zu affektivem Handeln und ein geringeres Verständnis für die, oft rein begrifflichen, Interessen



einer Allgemeinheit. Ihr soziales Denken reicht besonders für ganz bestimmte Delikte nur recht mangelhaft aus. So ist ihnen das Verständnis der Strafwürdigkeit der Abtreibung meist verschlossen. Der Frau aus dem Volke geht es nicht ein, daß sie nicht das Recht haben soll, über ihre Leibesfrucht als einen Bestandteil ihres Körpers zu bestimmen. Sie kann hier darüber hinaus nicht genügend weit sozial denken. Beim Delikt der Kindestötung erkennt ja schon heute das Gesetz die mildere Beurteilung an. Speziell weibliche Straftaten sind Beleidigungen, Attentate aus Eifersucht, Warenhausdiebstahl, oft fast in rauschähnlichem Zustand ausgeführt, Eidesverletzung, um die Geschlechtsehre zu retten, Mogeleien beim Spiel und in Steuerfragen. Genug, die Frauen als Situationsverbrecherinnen müssen vom Strafrecht anders angesehen und behandelt werden als die Männer. Sie dürften ganz allgemein unter Zubilligung mildernder Umstände zu bestrafen sein. — Was überhaupt die Strafe betrifft, so ist sie nur dann sinnvoll, im idealsten Sinne, wenn es ihr gelingt, die fehlenden Gemeinschaftsgefühle im Persönlichkeitskomplex zu erzeugen, ungenügend vorhandene zu vermehren, unwirksame wirksam zu machen. Dabei muß die Prügelstrafe als selbständiges Strafmittel versagen. Der Situationsverbrecher muß anders behandelt werden als die verbrecherische Persönlichkeit. Heute wird ersterer manchmal sogar zerbrochen, letzterer viel zu milde angefaßt. Bei nicht Vorbestraften genügt die „bedingte Verurteilung“. Es gilt, eine gradweise Abstufung der Isolierung bis zur vollendeten Verschiebung sämtlicher Lebensbeziehungen des Rechtsbrechers einzuführen. Heute werden fast alle Übeltäter gleichmäßig und damit falsch behandelt. Marx normiert drei Grade von „Isolierung“ je nach der Verbrecherart und fordert ein besonderes Reichs-Strafvollzugs-Gesetz dazu, ferner ein Reichsjugendgesetz. Die Schulzeit soll bis zum vollendeten 16. Lebensjahr dauern. Bis zu seinem 17. Jahre hat Mann oder Weib in einer vorgeschriebenen Form den Nachweis dauernder geregelter Beschäftigung zu erbringen. Dann dient der Mann drei Jahre militärisch. Für jugendliche Rechtsbrecher gilt nur „Zwangserziehung“, danach Aufsicht. Für Unerziehbare, geistig Minderwertige usw. tritt Sicherungsstrafe, für Geisteskranke usw. Verwahrung ein. Marx ist nicht für Abschaffung des Strafmaßes; die Unbestimmtheit könne zerbrechen statt aufzurichten. Gegen das Gewohnheitsverbrechertum wirkt nur Möglichkeit lebenslanger Einsperrung. Die Vermindert Zurechnungsfähigen sind einzuteilen in Erziehbar-Verbesserliche und Unerziehbar-Unverbesserliche, danach auch ihre Behandlung in Sonderabteilungen, bei ersteren auch bedingte Verurteilung, nach der Entlassung Bewährungs- und Schutzfristen mit Arbeitsverschaffung als Kernpunkt. Für all das brauchen wir aber zugleich mit einem Strafgesetzbuch ein wirkliches Strafvollzuggesetz, sonst gleicht das Strafgesetz einem Wagen ohne Räder.

Strassmann (546), der Mitarbeiter und Herausgeber des vorliegenden ausgezeichneten Buches über „Medizin und Strafrecht“, will kein neues Lehrbuch über gerichtliche Medizin auf den Büchermarkt werfen, nein, er will vielmehr dem weiteren Publikum einen Überblick darüber geben, was die medizinische Wissenschaft für die Strafrechtspflege zu leisten vermag. Das hat die Verfasser, Strassmann, Hoffmann, Marx und Fränkel, aber nicht abgehalten, auch Erfahrungen mitzuteilen, die zum großen Teile anderweitig noch nicht veröffentlicht sind, die also auch produktiven wissenschaftlichen Wert haben. Behandelt werden im ersten Kapitel: „Die Methoden der gerichtlichen Medizin“ (darunter die wichtigen Haar-, Blut- und Spermauntersuchungen). Das zweite Kapitel bespricht: Die „gewaltsamen Todesarten“ (Ersticken, Erhängen, Verletzungen usw.). Das dritte Kapitel bringt einen Abriß der „forensischen Psychiatrie“. Das vierte „Sexuelle Fragen“,



wie Kindesmord, Abtreibung und Abort, Verbrechen und Vergehen gegen die Sittlichkeit. Im letzten Teil endlich werden die „kriminellen Vergiftungen“ besprochen. Instruktive Abbildungen und reichhaltige Literaturverzeichnisse ergänzen das Werk in äußerst erwünschter Weise. Beherzigenswert ist, was Strassmann am Schlusse seiner Einleitung zu dem Buche sagt: „Ein Gerichtsarzt, der seine Aufgabe ernst nimmt, kann unmöglich sich damit zufrieden geben, daß er seinen Spruch hersagt und sein Honorar dafür erhält, ohne daß sonst auf das, was er sagt, Rücksicht genommen wird. Befriedigung in seinem Beruf kann ein tüchtiger Mann doch nur finden, wenn er mit seiner Tätigkeit Werte schafft, wenn seine Äußerungen von Bedeutung sind, nicht, wenn er Worte in den Wind spricht. Und man kann als ernsthafter Mann wohl verlangen, daß das, was man sagt, wenigstens einer Erörterung für wert gehalten wird. Nur wenn diese Rücksicht genommen wird, kann man erwarten, daß tüchtige Kräfte gerichtsärztlich tätig sind, kann man ein förderliches Zusammenwirken erwarten zwischen Sachverständigen und Gericht, zwischen Medizin und Strafrecht.“

v. Mayr (359) verteidigt die Kriminalstatistik gegen einen „inneren“ und einen „äußeren“ Feind. Der wichtigere innere Feind ist der Pessimismus, die Verzweiflung an der Bedeutung der Kriminalstatistik, die darin ihren Grund habe, daß die Erfassung des Verbrechens durch die statistische Beobachtung nicht vollständig und nicht gleichartig erfolgen solle. Tatsächlich stelle die Kriminalstatistik nur eine Teilerfassung der wirklichen Verfehlichkeit dar. Wenn aber irgendwo, so sei gerade bei dieser Statistik durch alle die besonderen Garantien, die für das Funktionieren der Strafverfolgung vorlagen, die Voraussetzung einer willkürfreien, objektiv bedeutsamen, repräsentativen Teilerfassung gegeben. Puritanischer Pessimismus ihr gegenüber führe nur zu einer ganz unhaltbaren Selbstverstümmelung. Die Morphologie der Masse der Verfehlungen werde auch durch Teilerfassung geklärt, ergäbe die Ätiologie des Verbrechens als soziales Massenprodukt und führe zur objektiven wissenschaftlichen Erkenntnis der im Untergrund der Willensentscheidungen waltenden allgemeinen Dispositionen bis zum Verbrechen und der dabei nach Verfehlungs- und Verfehlergruppen waltenden und zahlenmäßig erfaßbaren Abstufungen oder objektiven Wahrscheinlichkeitsgrade der Verfehlungen. Auch polizeiliche Feststellungen, Vorfeststellungen und Strafregisternachweise müßten aber in den Rahmen der Statistik einbezogen werden, ferner auch detail-geographische Tatsachen, die auf den lokalen Volkscharakter ein Licht werfen dürften. Die durch die Statistik ergründeten, in verschiedenen Graden gleichartiger Wiederkehr unter gleichartigen Bedingungen auftretenden Gesetzmäßigkeiten der kriminellen Erscheinungen bildeten den Kern der durch die Kriminalstatistik vermittelten exakten Gesellschaftslehre des Verbrechens. Es handele sich dabei um die Erkenntnis der allgemeinen, teils individuell in der Person begründeten inneren Disposition, teils der äußeren zum Verbrechen weiter disponierender Zustände und Vorgänge, welche die Verfassung des Individuums dem speziell eine Verbrechensmöglichkeit auslösenden Reiz gegenüber als mehr oder minder widerstandsfähig oder auch direkt demselben geneigt (Gewohnheitsverbrecher!) erscheinen ließen. Im allgemeinen fehle allerdings heute noch die konkrete Feststellung des subjektiven Motivs des einzelnen Verbrechens. Erwünscht wäre es, wenn insbesondere die Aburteilungsstatistik ganz allgemein zu einer Motivenstatistik der Verfehlungen erweitert würde. Schon in der richterlichen Urteilsbegründung sollten die anscheinenden maßgebenden Motive des Täters mit angegeben werden. — Der äußere Feind der Kriminalstatistik sei die alte deduktive Schule. Verfasser könne sich des Ein-



drucks nicht erwehren, daß die Vertreter des Vergeltungsgedankens in ihren Zirkeln durch die eindringlichen Mahnungen der tatsächlich verschieden abgestuften Verbrechenswahrscheinlichkeiten sich gestört fühlten.

Makino (346) zeigt an der Hand von Tabellen, daß sich die japanische Rückfallstatistik von denjenigen der Staaten Europas in keiner Weise unterscheidet, daß die Kriminalität in Japan dieselbe Tendenz wie in Europa hat, obgleich die Sitten, Gewohnheiten und wirtschaftlichen Zustände in Japan von den europäischen doch ganz verschieden sind. Aber auch dort wächst die Zahl der Rückfälligen, und die Strafe — insbesondere die kurze Freiheitsstrafe — hat in bezug auf den gewohnheits- oder gewerbsmäßigen Verbrecher keine Bekämpfungskraft. Man soll daher wie in den neuen europäischen Strafgesetzentwürfen auch in Japan die Rückfälligen mit der „sichernden Maßnahme" behandeln.

Fenning (129) zeigt die Schäden der Übertreibung der Habeas-corpus-Akte in den anglikanischen Ländern Irren gegenüber. „Blutegel" von Rechtsanwälten machten sich an ganz zufriedene Anstaltsinsassen heran, hetzten sie auf und führten für sie Habeas-corpus-Prozesse. Paranoische Querulanten führten solche Prozesse von sich aus selbst. Hier müsse eine ganz andere Bewertung des Sachverständigenurteils eintreten. Laien könnten nie allein über Bestehen oder Nichtbestehen einer Geisteskrankheit urteilen. Nicht nur immer auf das sog. Recht des Patienten, auch auf das Recht und den Schutz der Gesellschaft sei Rücksicht zu nehmen. Leider noch so vielfach bestehende veraltete Vorurteile von Einsperrung wider Gesetz und Recht müßten mit aller Macht bekämpft werden.

Delhougue (84) zeigt, daß gewisse Strukturprüfungen der Schrift („dunkle Linien") besonders geeignet sind, das Studium der Affekte in den Zeiten der Niederschrift zu klären. Es können aber je nach der Materie mehr psychologisch (Affekterscheinungen) oder mehr physiologisch (Identitäts- oder Nichtidentitätsnachweise durch Individualrekonstruktionen) zu beobachtende Erscheinungen der Schrift in Figur, Struktur und Rhythmik dem Richter wirklich dauerhafte Realbeweise darbieten, deren Erlangung ja das Endziel aller Kriminalistik ist.

Näcke (396) bespricht den Wert, den in dem Shakespeare-Bacon-Streit die Schriftvergleichung hat. Frau Thum-Kintzel habe bisher durch bloße Schriftvergleichung zu zeigen vermocht, daß 1. die bisher einem Schreiber zugeschriebene Handschrift von Shakespeares Testament mit der beglaubigten Unterschrift Shakespeares identisch sei und 2. dasselbe bzw. der Promusschrift, teilweise auch der Northumberlandpapers gelte. Damit glaubte sie letztere dem Bacon ab- und Shakespeare zusprechen zu müssen. Näcke meint, daß dieser Schluß noch etwas verfrüht erscheint und begründet dies des näheren. Anthropologisch und forensisch allgemein wichtig sei die Entdeckung der Frau Thum-Kintzel, daß, je genialer der Mensch sei, um so mehr individuelle Differenzen in seiner Handschrift vorkämen (so bei Shakespeare, so bei Napoleon), ferner daß man bei derselben Person, wenn sie auch einmal gotisch, dann lateinisch, ja rechts oder links oder mit Spiegelschrift schriebe, immer dieselben Einzelheiten der Schrift wieder aufweisen könne.

Näcke (390) lehrt folgendes: Die Graphologie hat nur Schriftenvergleichung zu treiben, keine Charakterdeutung. Je genialer die Person, desto mehr Variationen der Schrift bei ihr. Man kann auch gotische und lateinische Schrift miteinander vergleichen und daraus Schlüsse ziehen. Ähnlichkeit besteht auch zwischen links- und rechtsseitiger Schrift. Zwei Handschriften (bei Verwandten) können wirklich einmal gleich sein. Trotz



Angewöhnung eines anderen Schreibduktus wird die ursprüngliche Schrift, die absolut individuell ist, doch stets mehr oder weniger durchblicken, selbst in pathologischen Fällen, bei Neurosen und Psychosen. Doch kann man aus der Schrift allein eine bestimmte Form der Psychose nicht diagnostizieren, auch nicht Paralyse. Als sog. „Geisterschrift“ schreibt das Medium seine eigene unverstellte oder dem angeblich Verstorbenen angeähnelte, jedoch nie gleiche Schrift. Zu studieren sei noch die Handschrift im Traum, ferner der Einfluß der Rasse, des Temperaments und der Statur. Die Art der Schrift sei sicher irgendwie begründet, doch sei eine Charakterdeutung aus ihr als stets subjektiv bleibend abzulehnen.

Mezger (373) hält Näckes Zeitungsmitteilung über eine genitale Zwangsuntersuchung von 200 weiblichen Warenhausangestellten nach der deutschen Strafprozeßordnung für völlig unmöglich, es müßte denn die unglaubliche Voraussetzung eingetreten sein, daß die Staatsanwaltschaft gegen sämtliche 200 Angestellten als Verdächtige ein Verfahren eröffnet und die Anordnung der Untersuchung aller 200 Angestellten beim Richter beantragt hätte.

Näcke (Groß' Archiv, Bd. 45 pag. 170/71) gesteht zu, daß die von ihm angezogene Zeitungsmeldung sich als unwahr herausgestellt hat.

Näcke (403) meint, zur polizeilichen Identifikation sollte man bei allen Rezidivisten neben dem Finger- noch den Handabdruck nehmen (Cheiroskopie nach Stockis).

Röttger (466) kommt bei seinen Untersuchungen an Haaren von Leichen zu dem negativen Resultat, daß sichere gerichtsärztliche Schlüsse bzgl. des Alters von Haaren aus dem Verhalten derselben nicht gezogen werden können.

Makroskopische und histologische Untersuchungen **Tirellis** (559) über die Knochen von Patienten verschiedenen Alters und verschiedener Geisteskrankheit. (*Audenino.*)

Hauschild (206) schließt an die seltene Beobachtung einer Tätowierung des Hinterkopfes bei einem krankheitshalber arbeitsunfähig gewordenen Artisten, der mit der Schaustellung dieser eigenartigen Tätowierung sein Brot zu verdienen gesucht hatte, allgemeine Betrachtungen über die Tätowierungsfrage an. Zusammengefaßt lauten sie:

1. Die Tätowierung wird bedingt entweder durch innere Motive allein; dann dient sie als Mittel zum Zweck (berufliche Tätowierungen u. a.).

2. Sie findet ihre Ursache in rein äußerlichen Motiven; die Tätowierung verleitet als solche die Personen, sich tätowieren zu lassen. Zu den mitwirkenden äußeren Verhältnissen gehört vor allem: Vereinigung einer großen Anzahl verschiedener Elemente ohne hinreichende Beschäftigung und Überwachung im beschränkten Raume.

3. Diese äußeren Verhältnisse wirken ein auf Individuen, welche in ihrer Urteilskraft geschwächt sind und Mangel an Widerstand gegen äußere Einflüsse besitzen.

4. Die Häufigkeit von Tätowierungen leichter Verbrecher erklärt sich daraus, daß sich diese Klasse in der Mehrzahl aus derartigen minderwertigen Elementen rekrutiert.

5. Es bestehen verwandte Beziehungen zwischen Motiv und Tätowierungsmuster; bei der Verbrecherklasse treten niedrigere moralische Züge in den Tätowierungen zutage, weil gewisse Hemmungen in Fortfall kommen.

Das anatomische Institut in Königsberg besitzt eine Sammlung eigener Art: eine Sammlung von tätowierten Hautstücken gegen 200. **Stieda** (541) bespricht die Art, wie man solche Hautstücke aufheben soll. Hervor hebt



er, daß in besagter großen Sammlung gar keine unanständigen Bilder und Worte zu finden sind. Offenbar stelle die Tätowierung bei den Naturvölkern einfach einen Schmuck dar. Heute habe sie andere Motive, und die seien: „Die Mode und die Langeweile". Schlüsse auf das Seelenleben aus Tätowierungen zu ziehen, sei also wohl ein ganz verfehltes Bemühen; als sog. Degenerationszeichen hätten sie nichts zu sagen.

Igard (252) will die professionellen Verbrecher dadurch kenntlich machen, daß er vorschlägt, ihnen je nach der Art ihres Verbrechens an bestimmten Stellen ihres Körpers Paraffininjektionen unter die Haut anzubringen. Das harte, gut durchfühlbare Paraffin bliebe als Depot für immer unverändert unter der Haut liegen. Die einzig mögliche chirurgische Entfernung würde sich durch eine Narbe verraten.

Nach **Nolte** (409) liegt reiner Choktod vor, wenn nach einem Trauma, durch welches keine organische Verletzung hervorgerufen wird, als sofortige Wirkung Bewußtlosigkeit und partielle Herz- und Atemlähmung eintritt, dieser Zustand ohne weitere Komplikationen zum Tode führt und bei der Sektion weder mikroskopisch noch makroskopisch eine andere ausreichende Todesursache ermittelt wird. Verfasser berichtet einen solchen Fall von Tod eines Lehrlings nach Züchtigung durch 2 Ohrfeigen und Werfen eines Holzpantoffels gegen seinen Unterleib seitens eines Handwerksmeisters. Der Lehrling sank sofort ohnmächtig nieder und starb $3^1/_2$ Stunden später, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben. Freispruch des Meisters durch die Geschworenen.

„Wir sehen," sagt **Näcke** (398) nach seiner Untersuchung über die Mittel zur Identifizierung verwandter Personen, „daß die bloße äußere Betrachtung des Gesichts, auch durch Künstler, eine unsichere Grundlage für ein Gutachten bildet. Zurzeit am sichersten ist immer noch die Konkurrenz einer Reihe besonderer Merkmale, seltener Variationen usw., die durch eine noch eingehendere Untersuchung der Vererblichkeit (Sippschaftstafel nach Crzellitzer), besonders unter Anwendung der Mendelschen Regeln, einen immer höheren Grad von Sicherheit gewinnen würden, aber auch noch keine absolute Gewißheit. Vielleicht kann einmal die Serodiagnostik etwas Sicheres geben."

Der bekannte Kwileckaprozeß wegen angeblicher Kindesunterschiebung hat die Frage der forensischen Bedeutung der Familienähnlichkeit akut gemacht. In seiner gründlichen Arbeit über dieses Thema kommt **Huwald** (249) zu folgenden Feststellungen: Gutachten über Familienähnlichkeit können bei der jetzigen Wissenschaft nur mit größter Vorsicht und Zurückhaltung abgegeben werden.

Schon ein teils bewußter, teils unbewußter Nachahmungstrieb kann scheinbare Familienähnlichkeit schaffen (Ehegatten). Der Laie täuscht sich leicht, selbst der geübte Porträtkünstler wird leicht gerade solche Merkmale, die vom Standpunkte der Vererbungslehre wichtig sind, als unwesentlich übersehen. Der Arzt allein wird auf solche Merkmale achten, bei denen die Erblichkeit oder sogar der Vererbungsmodus wissenschaftlich nachgewiesen ist. Ein wichtiges Hilfsmittel können Familienbilder darbieten. Nach den bisher bekannten Vererbungsgesetzen kann man sagen: „wenn beide Eltern das rezessive Merkmal besitzen, stammrein sind, das Kind aber das dominante Merkmal trägt, so ist mit Sicherheit eine Unterschiebung anzunehmen, d. h. ferner: wenn das Kind das dominante Merkmal besitzt, das eine der Eltern das rezessive, so muß das andere der Eltern das dominante Merkmal aufweisen. Allerdings muß zugegeben werden, daß der einzig verwendbaren



Kombination rezessiv mal rezessiv 5 andere gegenüberstehen, die uns keine sicheren Anhaltspunkte gewähren. Die forensische Bedeutung des „Mendelschen Gesetzes“ ist also die, daß wir in stand gesetzt werden, bei bestimmten Kombinationen mit Sicherheit über eine Familienzugehörigkeit einer Person zu urteilen. Leider müssen wir zurzeit noch scharf davon trennen die Verwertbarkeit der bis jetzt bekannten mendelnden Merkmale, denn wir können nach Johannsen, ehe ein genügendes Material vorhanden ist, noch nicht die Möglichkeit ausschließen, daß Faktoren der Lebenslage oder Anwesenheit einer bestimmten anderen Einheit das Erscheinen des dominanten Merkmals in speziellen Fällen hindern können. Von vielen normalen und pathologischen Eigenschaften kennen wir noch nicht die Art der Vererbung, sondern nur die Tatsache, daß sie erblich sind. Verf. geht diese Eigenschaften (Haar, Nase, Augen, Ohr, Füße, Hände, neuropathische Konstitution usw.) im einzelnen durch. Alles in allem, meint er, der alte Satz: Der beste Beweis für die Legitimität eines Kindes ist eine glückliche Ehe, der heute nicht mehr die souveräne Geltung habe wie früher, und daß wohl schon jetzt eine sachverständige Benutzung der bekannten Tatsachen aus der Vererbungslehre in manchen Fällen wenigstens zu einem wissenschaftlich begründeten Wahrscheinlichkeitsurteil führen könne. Vielleicht führe uns einmal die Serodiagnostik zu noch besseren Resultaten.

Straßmann (547) hatte in zwei Fällen fraglicher Kindesunterschiebung sich darüber gutachtlich zu äußern, ob aus der Familienähnlichkeit bestimmte Rückschlüsse auf die Echtheit einer bestimmten Abstammung gezogen werden können. Außer ihm hatte sich im ersten Falle ein bekannter Porträtmaler und ein Sachverständiger vom anthropometrischen Erkennungsdienst auszusprechen. Der Maler stellte im einzelnen allgemeine Familienähnlichkeiten fest, die aber der zweite Gutachter nur als sehr unsicher anzuerkennen vermochte. Es erfolgte ein non liquet. Bei der Wiederaufnahme des Prozesses war das betreffende Kind älter geworden, und damit die Ähnlichkeitszeichen beträchtlich deutlicher. Dennoch wurde dem entgegen angenommen, das Kind sei untergeschoben, — die Schwangerschaft und Geburt simuliert worden.

In einem anderen Fall handelt es sich um Annahme oder Ausschluß einer Vaterschaft aus dem Äußeren des Kindes. Die Ähnlichkeit wurde gefunden in Besonderheiten der Schädelbildung und abstehenden Ohren. Ein entwicklungsgeschichtlicher Forscher behauptet, daß derartige Mängel, wenn sie bei einem Partner vorhanden sind, bei dem anderen angeblichen Erzeuger und der Mutter aber fehlen, ersterer mit Sicherheit der Vater sein müsse. Straßmann macht demgegenüber mit Recht auf das Mendelsche Gesetz aufmerksam und zeigt, wie derartige Eigentümlichkeiten, auch ohne daß sie bei einem der beiden Eltern vorhanden sind, durch das Zusammentreffen verschiedener Erbeinheiten aus der Aszendenz scheinbar spontan bei einem Kinde auftreten können. Es sei also unmöglich, hinsichtlich der Paternität aus körperlichen Übereinstimmungen vollkommen sichere Schlüsse zu ziehen.

Der erste Teil des Buches **Rauschberg**'s (454) handelt vom normalen, der zweite Teil vom pathologischen Gedächtnisse, namentlich von der Möglichkeit, es als solches zu erkennen, und von den zahlreichen Methoden, die dazu nützlich sind.

Näcke übersetzt die Hauptthese von **Toulouse** und **Mignard** (561) folgendermaßen: „Verantwortlich ist jeder, dessen Geist (niveau mental) genügt, um das Verbrechen abzuschätzen, und dessen Beherrschung (autoconduction) es erlaubt, die Tat zu verhindern. Damit sei „die Verant-



wortlichkeit des Irren eng mit dem bio-sozialen Charakter des Irrsinns verknüpft, die Zurechnungsfähigkeitsfrage nicht mehr metaphysisch und der Arzt nun imstande und gezwungen, darüber ein Urteil zu fällen". Der nur Lasterhafte könne sich dirigieren (s'auto-conduire), der Geisteskranke nicht. Auto-conduction bezeichnet dabei „die erweiterte Aufmerksamkeit", die alle intellektuellen Mechanismen zu einem bestimmten Ziel richtig hinleitet.

Nach einer Schilderung der Eigenart der Psychopathen bezüglich ihrer Art, wie ihrer Tat, kommt **Birnbaum** (34) zu seiner Schlußmeinung, daß es doch einen erheblichen Unterschied für die Frage der Zurechnungsfähigkeit ausmache, ob ein Delikt gewissermaßen selbst ein pathologisches Symptom sei oder nicht. Wo letzteres der Fall, sei die Zurechnungsfähigkeit unbedingt bedeutend mehr herabgesetzt, als bei Delikten, die nicht in so naher Beziehung mit der Psychopathie stünden.

Mac Auliffe et Madame **Arone** (334) geben einen Auszug aus ihrem demnächst erscheinenden Buche: „Die vier menschlichen Grundtypen." Sie unterscheiden danach einen Type cérébral, einen Type digestif, einen Type respiratoire und einen Type musculaire, stellen diese morphologischen Typen mit biologischen und psychologischen Typen in Analogie und ziehen daraus ihre Schlüsse bezüglich der naturwissenschaftlichen und soziologischen Bewertung dieser Typen.

Vebaeck (573) macht den Vorschlag, „vorläufig" die Verbrecher in sechs Klassen einzuteilen, je nach dem Vorwiegen der sozialen Momente und deren Abnahme beim Zunehmen des endogenen Faktors, womit zugleich Prognose, Charakteristik und Therapie gegeben werde. Danach umfassen seine Klassen: 1. die delinquents accidentels, 2. occassionels (fast rein sozialer Entstehung), 3. die délinquents d'habitude, 4. dégénérés criminels (soziale und endogene Ursachen gemischt aufzeigend), 5. die fous moraux und 6. die aliénés criminels (bei denen das Endogene fast ganz überwiegt). Zwischen allen Gruppen gibt es Übergänge.

Ziehen will, so berichtet **Boas** (44), den anthropologisch gefärbten, sehr dehnbaren Begriff der Degeneration durch den der „psychopathischen Konstitution" ersetzt wissen. Ein konstitutioneller Psychopath ist nach ihm ein Individuum, dessen Seelenleben durch einen psychischen Faktor irgendwelcher Art aus seinem Vorleben — Vorleben gefaßt im weitesten Sinne des Wortes — gegenüber der normalen Psyche pathologische Veränderungen bietet, die oft nur minimal zu sein brauchen und selbst dem kundigen Psychiater entgehen bzw. ein anderes Krankheitsbild vortäuschen können. So redet Ziehen von epileptischer, alkoholistischer, traumatischer, „psychopathischer Konstitution" usw.

Boas geht nun näher auf die traumatische psychopathische Konstitution ein und versucht sie abzugrenzen von der sogenannten „Rentenhysterie". Schon Ziehen betonte, daß es eine Erkrankung gäbe, deren nervösen Symptome in nichts von denjenigen der Neurasthenie abweichen, deren psychische sich aber weder unter der Hysterie noch unter der Neurasthenie, noch unter Hysteroneurasthenie unterbringen ließen. Die traumatische Konstitution tritt nun im Anschluß an Kommotio auf, kommt aber öfter auch erst so recht zur Erscheinung durch das Hinzutreten eines psychischen Traumas wie Chok, aber auch Kampf um die Rente, sie äußert sich dann in exquisit paranoischen Zügen, nicht selten mit querulatorischer Tendenz. Interesseneinengung und affektive Störungen sind dabei die Hauptsymptome. Boas teilt einige entsprechende Krankengeschichten aus einer Pohrtschen Arbeit mit, darunter einen Fall mit „Affektdämmerzustand", der kriminell wurde.



Folgende differentialdiagnostische Tabelle ergibt den Symptomenkomplex der „traumatischen psychopathischen Konstitution“, entlehnt aus der

Hysterie.	Neurasthenie.	Hystero-neurasthenie.
Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Depression, Herabsetzung der Konzentrationsfähigkeit.	Pathologische Reizbarkeit, rasche körperliche und geistige Ermüdung, Sinken der Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisschwäche.	
Es fehlt das wichtige Symptom der Suggestibilität.	Es fehlt im Bilde der Neurasthenie die gleichmäßige Depression und der in manchen Fällen vorhandene leichte Intelligenzdefekt.	Es fehlen ein leichter Intelligenzdefekt und die eine große Rolle spielenden Zornhandlungen.

Boas (45) berichtet über neuere Arbeiten, die Psychologie der Zeugenaussagen betreffend. Besonders hebt er den Fall Hoepfners hervor: ein Stotterer begeht aus Angst vor einer Zeugenaussage, die er in einer ihn nicht persönlich betreffenden Sache machen soll, Selbstmord. Hoepfner erklärt die Stotterer vor Gericht für willensunfrei infolge psychischer Befangenheit. Nach Boas geht das zu weit; doch sei erstrebenswert, daß Juristen und Mediziner sich bemühten, gesetzlich allgemeinere Normen über Vereidigung oder nicht Vereidigung von Stotterern aufzustellen. Boas ergeht sich ferner über den Wert der Aussage eines an motorischer Aphasie Leidenden.

Sinclair (523) hebt hervor, daß die geistig Minderwertigen immer mehr zunehmen, die Allgemeinheit schädigen und durch ihren unerwünschten Nachwuchs die Degeneration und die öffentlichen Ausgaben vermehren. In ihrem eigenen und im Interesse der Rasse sei eine Gesetzgebung zur Kontrolle und zur Unterbringung dieser Personen ein dringendes Bedürfnis. Die Kräftigeren und weniger Gefährlichen müßten in Land- und Arbeitskolonien verpflegt werden. Meldung und Registrierung sei für alle Epileptiker nötig. Epileptische Kinder seien besonders sorgfältig zu erziehen, die zu Hause schlecht versorgten in Epileptikerkolonien. Unverbesserliche und unzurechnungsfähige Trunksüchtige gehörten auf Lebenszeit in eine Anstalt. Vorläufig versagt hier die Gesetzgebung noch. Verf. bespricht nun die verschiedenen Formen der Minderwertigkeit und dann den heutigen englischen Elementarunterricht, der mit schuld sei an der Hervorbringung von Spielern, Bummlern und Verbrechern. Die Ausbildung sei zu einseitig gedächtnis- und verstandesmäßig und bereite nicht genug auf einen praktischen Beruf vor. Koordination der Lehrlings- und Hausarbeit unter geeigneter Leitung würde die Zahl der Untauglichen und Lichtscheuen vermindern helfen. Zugleich sollte es möglich sein, die Grundlagen des Christentums zu lehren ohne Dogma und ohne sektiererische Atmosphäre.

Birnbaum (35) stellt allgemeine Betrachtungen über Willen und Willensschwäche an. Er bespricht dann die Willensschwäche bei den Entarteten, Psychopathen, Neurasthenikern, Hysterikern, völlig Geisteskranken, Schwachsinnigen und bei verschiedenen Giftwirkungen (Alkohol, Morphium usw.).

Daß die nordamerikanische Regierung untaugliche und arbeitsunfähige Individuen bei den Auswanderern vom Lande fern zu halten sucht, ja sie gleich wieder aufs Schiff zurückschickt, ist leicht zu verstehen und vom Standpunkte der amerikanischen Volkswohlfahrt sogar direkt notwendig.



Halbey (201) hat den amerikanischen Jahresbericht 1910 über Einwanderer und ihre Zurückweisung einsehen können und gibt sehr interessante Tabellen daraus wieder. Alles in allem zeigt sich, daß 1910 von der Gesamtzahl der Auswanderer 0,1% wegen Idiotie, Imbezillität, Epilepsie und Geisteskrankheit zurückgewiesen wurden, eine Zahl, die zu gering ist, um eine eingehende spezielle irrenärztliche Untersuchung der Auswanderer vor ihrer Einschiffung nach Amerika zu rechtfertigen. Immerhin spielen die geistigen Schwächezustände eine für die Schiffahrtsgesellschaften (Rücktransport auf Kosten dieser Gesellschaft!) nicht zu vernachlässigende Rolle. Die Schiffsärzte sollten also auch der psychiatrischen Vorbildung eine besondere Aufmerksamkeit schenken.

Sérieux und **Libert** (517) weisen an der Hand der Geschichte der Bastille und ihrer verschiedenartigen Insassen nach, daß darin nicht nur politische Gefangene festgehalten, sondern auch immer eine bedeutende Anzahl wirklich Geisteskranker, Schwachsinniger und namentlich antisozial Desequilibrierter, wie z. B. allerhand sexuell Perverse, Homosexuelle usw. untergebracht worden seien. Wie der Bicêtre und die Salpetrière und andere Staatsgefängnisse war die Bastille also zugleich Gefängnis, Korrektions- und Irrenhaus. Aufnahme und Entlassung konnte nur auf gerichtliche Entscheidung hin erfolgen. In die Bastille kamen anscheinend besonders die gefährlichen Irren, Königsmörder, Mystische, Schwachsinnige, Propheten, darunter auch die Konvulsionäre von St. Médard. Also schon vor Jahrhunderten gab es in Frankreich einen Ort, wo die Degenerierten, die geistig Minderwertigen relativ zweckmäßig untergebracht waren und so an der Schädigung der Gesellschaft verhindert wurden, ein Ziel, das zu erreichen sich erst neuerdings die Kulturländer auf verschiedenen Wegen bemühen.

Kiernan (279) ventiliert die schwierige Frage, ob ein Kind im Mutterleibe, daß durch Schuld anderer (Verf. bringt Beispiele von Fahrlässigkeit in der Bedienung eines Fahrstuhls, einer Eisenbahn, einer schlecht gehaltenen Landstraße) Verletzung oder Verstümmelung fürs Leben davon getragen habe, als ein Wesen an sich — schon Entschädigungsansprüche habe. Die Gerichte hätten die Frage meist verneint, denn das neugeborene Kind sei noch keine Person, sondern ein Teil der Mutter. Kiernan macht aber auf den Widerspruch aufmerksam, daß Manipulationen gegen das Leben der Frucht doch bestraft würden. „Ein Gesetz, das dem Kinde sagt, derjenige, der dir im Mutterleibe schadet, so daß du stirbst, ist ein Mörder und wird bestraft —, aber wenn du lebst und durch Fahrlässigkeit anderer ein Krüppel wirst, so gibt es keinen Weg, dich dafür zu entschädigen, ein solches Gesetz ist ein Vorwurf für die Zivilisation.“ Biologisch sei das Kind schon lange vor seiner Geburt ein lebendes Wesen, und das allein müsse auch rechtlich das ausschlaggebende sein.

Das Buch von **Ploß** (435) über das Kind in Brauch und Sitte der Völker, dessen erster Band der 3. völlig neu von Dr. Renz bearbeitete Auflage jetzt vorliegt, erweitert das Interesse, das das 20. Jahrhundert an dem Kinde der höchststehenden modernen Kulturvölker genommen hat, auf das Kind aller bekannten Kulturstufen der Menschheit überhaupt. Es ist eine äußerst erwünschte und durch seine vielen Abbildungen auch instruktive völkerkundliche Ergänzung zur erblühenden psychologisch-pädagogischen Literatur. In seiner Reichhaltigkeit kommt es jetzt beinahe heran an das berühmte Standartwerk von Ploß und Bartels: Das Weib in Natur und Völkerkunde. Die Kapitelüberschriften des I. Bandes mögen eine Ahnung geben von der Fülle des Materials, das hier seine Sammlung und Verarbeitung gefunden. Nach Kapiteln werden besprochen: der Wunsch



nach Kindern, das Kind im Mutterschoß, das künftige Schicksal des Neugeborenen, die Feier der Geburt, das Kind und die Dämonenwelt, das Kind im Banne des bösen Blickes und des Beschreiens, Auffassung und Behandlung der Zwillinge, Mord und Aussetzung der Einzelgeburt. Weitere Berichte über Aussetzung und direkten Kindermord, das sogenannte Männerkindbett u. a., die erste Hautpflege des Kindes, die Hülle des Säuglings, das Legen, Schaukeln, Wiegen und Tragen des Säuglings, mystische Wasseranwendung bzw. Kindertaufe bei nichtchristlichen Völkern, Taufbräuche bei Christen, Christliche Patenschaft und Taufzeugen mit besonderer Berücksichtigung deutscher Volksbräuche, Volksbräuche vor, bei, nach der Taufe, die christliche Taufe und der Aberglauben, Wochenbesuche und Wochengeschenke, Isolierung und Unreinheit der Wöchnerin und ihres Kindes, Mutter und Kind am Abschluß des Wochenbettes, die Namengebung, die Ernährung des Kindes in seinen ersten Lebensjahren, Kindersterblichkeit, der Säugling unter der Obhut seiner verstorbenen Mutter, das kranke Kind, der Tod des Kindes, woher das Kind und wohin. Den Kriminalpsychologen werden besonders die Kapitel über Mord und Aussetzung interessieren. Aber auch sonst bietet das Buch eine Fundgrube für in unser Fach einschlagendes Material. Man kann auf den 2. Teil des groß angelegten Werkes gespannt sein.

Stadelmann (531) erklärt das weltberühmte Kinderbuch des Irrenarztes Dr. Heinrich Hoffmann „der Struwwelpeter“ als geniale poetische Vorahnung unserer heutigen Erkenntnis der Kinderfehler und der Art ihrer erziehlichen Behandlung. Ganz modern stelle Hoffmann in seiner naiv gegebenen Therapie solcher Fehler (beim „Daumenlutscher“, „Zappel-Philipp“ usw.) die natürliche Erfahrung in den Vordergrund und vermeide den angst- und furchtauslösenden Begriff der Schuld; nur als natürliche Folge komme auf das Vergehen die Strafe. Das Studium der Kinderfehler führe uns in ein Neuland für recht erfolgversprechende ärztliche Arbeit.

Schulgesetze oder Schulordnungen, daneben Hausordnungen regeln nach **Kemsies** (275) das Erziehungsrecht innerhalb und außerhalb der Schule. Lehrer treten kraft ihres Berufes an die Stelle der Eltern und können Zuchtmittel (Strafen) gegen das Kind gebrauchen. Ein wirkliches Schulstrafgesetzbuch würde aber ein Todesstoß für alle gesunde Pädagogik sein, denn sie ist eine Kunst. Der Ansicht, daß die Schulstrafen im Schulleben nur eine untergeordnete Rolle spielen, irgendwelche gesundheitlichen Schädigungen nicht im Gefolge haben, und daß die Schüler leicht über sie hinweggehen, muß entgegengehalten werden, daß die leichten und schweren Strafen leider immer dieselben vernachlässigten, schwachen oder psychopathischen Schüler treffen, und daß die Strafen in Verbindung mit falschen Erziehungsmaßnahmen des Hauses viel Kinderelend erzeugen. Die Selbstverantwortlichkeit des Kindes läßt sich mit der der Erwachsenen nicht vergleichen. Pädagogisch kritisch angesehen sind vielleicht die strafwürdigen Schülervergehen nur ein Beweis, daß das bisherige Unterrichts- und Erziehungsverfahren dem betreffenden Schüler gegenüber unangemessen war. Nicht immer würde die ganze Schuld dem jugendlichen Delinquenten zugesprochen werden dürfen; sie teilt sich meist in mehrere Komponenten: Schuld des Schülers, Schuld des Elternhauses, Schuld der Schule. Fortlaufende Beobachtung der näheren Ursachen und Wirkungen bzw. Folgen der Schulstrafen bei den Individuen, Aufsuchen entfernterer Zusammenhänge zwischen Schulstrafen und Schulanforderungen oder Schuleinrichtungen, psychologische Analyse, Statistik sowie vorsichtig tastende Versuche sind die gegebenen Wege, um zu einem tieferen Verständnis der pädagogischen



Fehlerträge zu gelangen. Zum erstenmal macht nun Kemsies den Versuch, die Strafvermerke aus den Klassenbüchern nach psychologischen und hygienischen Gesichtspunkten zu gruppieren und zu verwerten. Den häufigsten Anlaß zu Strafvermerken gab in allen Klassen die Unaufmerksamkeit der Schüler (43,9 % sämtlicher Strafnoten); es folgt in abnehmender Anzahl Strafvermerke: der Unfleiß, danach der Unfug, dann der Ungehorsam, die Unordnung und als ganz selten (0,9 %) Täuschung und Lügen. In den Zahlen des Ungehorsams und des Unfugs drücken sich die den Altersstufen eigentümlichen Charakterzüge aus; sie steigen von Sexta bis Obertertia, also bis zur Zeit der Flegeljahre an. Sexta ist durch Unfleiß und Unordnung, Quinta durch Unaufmerksamkeit, Quarta durch Ungehorsam und Unfug, Obertertia durch Ungehorsam und Unordnung besonders charakterisiert. Aus den Strafnoten lassen sich ferner Schülergruppen erkennen. Besonders eine Restgruppe von Schülern (hier 16 %) ist wichtig, bei denen trotz zahlreicher Tadel und sonstiger Strafen eine Besserung des Verhaltens und der Leistung nicht erzielt werden konnte, es sind die Rückfälligen, die Sorgenkinder für Schule und Haus. Auf sie entfielen allein 53,7 % sämtlicher Strafen. Sie sind eine Last und ein Hemmschuh für den Durchschnitt. Sonderschulen für Schwachbegabte, aber auch Sonderschulen für hervorragend Befähigte sollte es allenthalben geben. Charakteristisch für die Sorgenkinder und die Psychopathen ist ihre Unaufmerksamkeit. Stunden mit abstrakt geistigem Lehrstoff, Sprachen, Mathematik sollten stets in die ersten frischen Frühzeiten verlegt werden, um der Ermüdungskurve entgegenzuarbeiten. Alles in allem: wenn die Schulstrafen der Ätiologie der Schülervergehen nicht genügend Rechnung tragen, so verfehlen sie ihren Zweck gründlich. Wenn Strafen zu versagen scheinen, sollte das Strafen ganz aufhören; dann ist irgendetwas nicht in Ordnung. Die Schulstrafen müssen eben unmittelbar erziehliche Wirkungen aufweisen, d. h. heilend und bessernd auf den Jugendlichen wirken, sonst müßte man sie als pädagogisch zwecklos, schädlich und ungerecht aufs strengste verurteilen und verbieten. Mit einem Minimum an Strafe muß ein Maximum an Besserungserfolg herbeizuführen gesucht werden; dabei gilt es, den inneren Wesenskern des Schülers so zu erfassen und zu treffen, daß der sofortige Straferfolg in einem Akt der moralischen Selbsttätigkeit und Selbstbestimmung zum Ausdruck kommt. Gerechtigkeitssinn muß sich mit Liebe zur Jugend und mit gründlicher psychologischer, hygienischer und pädagogischer Einsicht paaren.

Nach **Kemsies** (276) muß die hygienische Unterweisung und Erziehung des Schülers bereits im ersten Schuljahre begonnen werden.

Die wichtigsten hygienischen Kapitel, wie Körperhaltung, Zahn- und Mundhygiene, Pflege der Atmungsorgane, Tuberkulose und Infektionskrankheiten, Reinlichkeit und Desinfektion, Nahrungs- und Genußmittel, Arbeitshygiene, können im Anschauungs- und Schreibunterricht der ersten drei Schuljahre relativ selbständig unter Anwendung beobachtender Methoden zur Behandlung gelangen.

Vom 4. Schuljahre ab möchte dann die Gesundheitslehre im biologischen, später auch im physikalisch-chemischen Unterricht fortlaufende Berücksichtigung bis in die oberen Klassen der höheren Lehranstalten hinauf finden.

Nach **Friedjung** (153) waren „einzige Kinder“ zu 87 % neuropathisch (gegen 39 % bei mehrkindrigen Familien). Es zeigt sich hauptsächlich Neurasthenie und Hysterie, ferner Ängstlichkeit, gestörter Schlaf, Angstträume, Launenhaftigkeit bei übernormaler Intelligenzentwicklung, 3. Unterernährung als Folgen von Appetitlosigkeit, dabei habituelles Erbrechen, Verstopfung und Dickdarmkatarrhe wechselnd, 4. Hautausschläge (Lichen urticatus) bei

48%, 5. interkurrente Krankheiten, besonders solche mit nervösen Komponenten verlaufende (wie schwerer Keuchhusten usw.).

Die Behandlung muß die Ursache aller dieser Erscheinungen beseitigen, nämlich das Übermaß von Zärtlichkeit.

Mönkemöller (380) hat im letzten Quartale 1909 die schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz Hannover, soweit sie in Anstalten untergebracht waren, einer systematischen psychiatrisch-neurologischen Untersuchung unterzogen. Er berichtet besonders über die Ausbeute dieses Materials in krimineller Beziehung. Er hebt hervor, daß dem kindlichen Verbrecher noch eine schwere Prüfung in den meisten Fällen erspart geblieben ist: die Pubertät. Es tritt also hier die psychische Eigenart noch viel unkomplizierter in Erscheinung. Auch Mönckemöller muß konstatieren, daß in unheimlicher Beleuchtung die elterliche Trunksucht als erblich belastender Faktor an der Spitze steht. Ferner spielt die uneheliche Geburt eine deutliche Rolle. An der Hand seiner instruktiven Tabellen über Erblichkeit, Anamnese, körperlichen und psychischen Status und über die kriminellen Äußerungen der untersuchten Kinder kommt Verfasser u. a. zu dem Schluß: Der Absatz 1, der bei einer idealen Ausführung des Fürsorgeerziehungsgesetzes berufen sein sollte, die Verwahrlosung und den Verfall in die Kriminalität zu verhüten und damit die vornehmste Aufgabe eines solchen Gesetzes zu erfüllen, ist ganz in den Hintergrund getreten. In der Mehrzahl der Fälle werden zugeführt solche, die im Banne des Absatz 2 stehen, also der offenbaren Kriminalität verfallen sind, oder solche, die nach Absatz 3 untergebracht werden, bei denen es also nur noch gilt, das völlige sittliche Verderben hintanzuhalten. Schuld daran sind vor allem die bekannten Kammergerichtsentscheidungen von 1901. Von 456 Zöglingen waren allein schon bei 73% Konflikte mit dem Strafgesetz nachgewiesen. An der Spitze steht der Diebstahl in seinen verschiedensten Abarten. Auf Schädelmaße, Verbrecherphysiognomie, Tätowierungen, Linkshändigkeit und ähnliche anthropologische Merkmale gibt Mönckemöller bei seinen noch im Wachstum stehenden Materiale nicht viel. Bettnässen ist sehr häufig, mutuelle Onanie wurde ganz selten, Päderastie gar nicht entdeckt. Geistig minderwertig waren von 589 Zöglingen sehr deutlich 224. Die „Willensschwäche“ ist in der Anstalt sehr schwer abzuschätzen. Die Anstalt ersetzt ja zum guten Teil die mangelnde Energie durch straffe Führung und macht es möglich, daß manche Zöglinge, die später im Drange des Lebens kläglich Schiffbruch leiden, hier noch ein gutes Renommee genießen, ja als Musterknaben erscheinen. Was aus der versuchsweise eingeleiteten Familienpflege wieder in die Anstalten zurückkehrt, weil es die freiere Behandlung nicht vertragen kann, ist psychopathisch affiziert und treibt die Zahlen der Minderwertigkeit somit hinauf. Der Ausdruck der früheren Einwirkung ihres Milieus verwischt sich bei der ganzen Art der Verwahrlosung derer, die in Fürsorgeerziehung genommen werden, außerordentlich. Bei den weiblichen Zöglingen ist prozentualiter die Minderwertigkeit noch stärker vertreten wie bei den männlichen. Bei all diesen psychischen Abweichungen des Kindesalters beherrscht der angeborene Schwachsinn in seinen verschiedenen Abstufungen und Abtönungen völlig das Feld. Wenn man auch in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle zu dem Schlusse kommen mußte, daß in einem Milieu, wie es hier gewöhnlich vorlag, beinahe jedes Kind gestrauchelt wäre, so mußte bei den vorhandenen psychischen Defekten ein solches Straucheln ganz unvermeidlich erscheinen. Und ein gewaltiges Stück geistiger Unzulänglichkeit hat sich doch bei der Untersuchung der Kinder ergeben, das seine Berücksichtigung gebieterisch erheischt. Indem der deutsche Strafgesetzentwurf alle die Er-

leichterungen anführt, die den jugendlichen Delinquenten zur Seite stehen, kommt er doch dazu, Strafe als die Regel, Erziehung daneben oder in leichteren Fällen statt der Strafe zu fordern. Verfasser bedauert das. Die Strafe treibt so manchen erst in die Kriminalität hinein, verbittert und reizt. Erziehung oder mindestens Verwahrung ist hier die Hauptsache, und da vermag dann, so sagt Mönckemöller, der heutige Vollzug der Fürsorgeerziehung mit diesen Kindern (bis zu 14 Jahren) noch fertig zu werden, ohne daß die psychische Minderwertigkeit durch die Maßregeln der straffen Zucht ungünstig beeinflußt würde, und ohne daß der Anstaltsbetrieb und die Kameraden dieser pathologischen Naturen durch diese Entladungen einer kranken Seele allzusehr zu leiden hätten. Die Einrichtung einer besonderen unter speziell psychiatrischen Gesichtspunkten geleiteten Anstalt, die nach Scheidung der normalen und minderwertigen Zöglinge in Tätigkeit zu treten brauchte, komme bei ihnen noch nicht in Frage. (?) Es bedürfe nur der Schaffung einer Abteilung für Schwachbefähigte. Trotzdem müssen psychiatrische Grundsätze hier noch mehr die Pädagogik durchdringen, vor allem auch auf dem Gebiete der körperlichen Züchtigung, die hier aber doch etwas unbedenklicher statthaben dürfte, wie während und nach der Pubertät, wo für Minderwertige nur „Zwischenanstalten" helfen könnten. Sehr trübe ist heute die Zukunft für solche Zöglinge, deren Scheitern nach ihrer Entlassung man voraussehen muß. „Daß ihnen nicht nach Abschluß der Fürsorgeerziehung eine Anstaltsbehandlung in irgendeiner Form, die ihrer Unselbständigkeit und ihren kriminellen Neigungen entspricht, zugänglich gemacht werden kann, daß bei ihnen erst ein zweiter, vollständiger Schiffbruch abgewartet werden muß, ehe ihrem Status psychicus Genüge geleistet werden kann, beweist am ersten, wie weit wir noch von einer zweckmäßigen, grundlegenden Berücksichtigung dessen entfernt sind, was so vielen unserer Gewohnheitskriminellen not tut". Heute aber schon müßte wenigstens eine genaue ärztliche psychiatrische Anamnese und Untersuchung jedes der Fürsorge zu Überweisenden vorgenommen werden. Ein sachverständig ausgefüllter Fragebogen werde auch bei eventuellem späteren sozialen Scheitern des Zöglings im praktischen Leben geeignet sein, ihm manche Schwierigkeiten zu ersparen, von der Allgemeinheit unnütze Kosten abzuhalten und sein Schicksal in Bahnen zu lenken, die mit seiner psychischen Konstitution am besten im Einklang ständen.

Cramer (74) gibt einen Abriß der Anatomie der Pubertät, sodann die Psychologie dieses wichtigen Lebensalters und schließlich auch die psychopathischen Zustände, welche in der Entwicklungsperiode auftreten, um daraus die Konsequenzen für die Beziehungen zur Schule abzuleiten. Vor allem schildert er kurz die Psychologie und Pathologie der Flegel- und Backfischjahre und hebt hervor, daß wir schon unter normalen Verhältnissen in der Pubertät einen außerordentlich labilen Zustand vor uns haben, unter pathologischen Verhältnissen aber einen der schwierigsten und verantwortungsvollsten Zustände, die es für Haus und Schule geben könne. Betont müsse immer wieder werden, daß die Schule nicht für kranke und psychopathische Individuen da sei, ihre Hauptaufgabe werde immer nur bleiben, den heranwachsenden Jünglingen und Jungfrauen ein gewisses Quantum von Lehrstoff beizubringen. Kennen müßten aber die Schulmänner die Klinik der Pubertät. Cramers Resultat ist: Die eigentlichen Psychopathen ohne Intelligenzdefekt und ohne ethische Mängel werden die Schule bei geeigneter Rücksichtnahme auf ihren eigentümlichen Zustand passieren können; sie werden vielleicht später einmal sehr brauchbare Menschen, namentlich nach einer bestimmten Richtung hin. Schwierigkeiten wird es aber geben, wenn sich



die Psychopathie, wie das gar nicht selten vorkommt, mit starken ethischen Defekten und ausgesprochener moralischer Idiotie (bei Mädchen mit aus gesprochener Hysterie) verbindet. Ein solches Individuum kann eine ganze Klasse, ja sogar eine ganze Schule verderben. Hier wird man zeitig und energisch eingreifen müssen, um die andern davor zu schützen.

Dräseke (94) zeigt an der Hand der Geschichte des Karl N., eines noch nicht 12 Jahre alten amoralischen und instabilen Hamburger Arbeitersohnes, der trotz aller Strafen hinter die Schule lief, tagelang von Hause fortblieb und stahl, und der noch 5 andere Knaben bei seinen Raubgängen an sich zu fesseln vermochte, wie leicht ein derartig veranlagtes Element weitere Kreise seiner Altersgenossen zu beeinflussen vermag. Alle diese Knaben entstammen der gleichen sozialen Schicht, ehrlichen und anständigen Arbeiterkreisen der Großstadt. Die Eltern hatten lebhaftes Interesse an dem Wohlergehen ihrer Kinder. Sie konnten aber bei den Verhältnissen der Großstadt ihre Knaben nicht derart immer unter Aufsicht haben, wie das in andern Verhältnissen wohl eher möglich ist. Die Großstadt lockert die Beziehungen zwischen Eltern und Schule. Immer wieder muß aber ein Zusammenarbeiten versucht und angebahnt werden. Dabei bedarf es der Mithilfe und Unterstützung auch des Arztes. Natürlich muß der Haupträdelsführer N. und sein verdorbenster Genosse sicher in Zwangserziehung genommen werden. Ob sie sich bei den anderen Knaben umgehen läßt, ist fraglich, aber vielleicht möglich, wenn ihnen im Elternhaus eine noch größere Fürsorge zu teil werden kann.

Gudden (191) kommt nach eingehender kritischer Betrachtung der amerikanischen Art der Behandlung jugendlicher Rechtsbrecher zu dem allgemeinen Schluß, daß unsere Vergeltungsstrafe völlig versagt habe. Das Verbrechen sei eine soziale Krankheit, die „behandelt" werden müsse, und hierbei hätten sich die in Amerika gegen die verbrecherische Jugend eingeführten Institutionen zweifellos glänzend bewährt, so daß ihre Einführung nach Deutschland nur von Segen sein könne. Die bisherigen Jugendgerichte Deutschlands seien ein Schemen ohne Fleisch und Blut, weil sie immer noch auf das Gefängnis angewiesen seien und ihnen die hochentwickelten Erziehungsanstalten und ein wohlorganisiertes Fürsorge- und Schutzaufsichtsystem fehlten. „Solange der Staat sich nicht, wohlbemerkt nicht zuletzt in seinem eigenen finanziellen Vorteil, zu einer gründlichen Änderung in der Behandlung jugendlicher Krimineller aufrafft, werden alle seine schönen Gesetze über Zwangserziehung wertlos bleiben, und die Wohltat der bedingten Verurteilung wird zur Plage."

Seelig (510) begrüßt im ganzen die Neuerungen bezüglich der Jugendlichen im deutschen Vorentwurf. Er wünscht aber noch besondere Einrichtungen, die die Möglichkeit schaffen, geistig und körperlich nicht Gereiften im Alter von 18 bis 21 Jahren gerecht zu werden. Mitwirkung des Psychiaters an der betreffenden Gesetzgebung und Handhabung ist unbedingt nötig, da sich unter der kriminellen Jugend ein hoher Prozentsatz pathologischer Individuen befindet, und weil schon auf psychologischem Gebiete die Psychiatrie die Beurteilung der Jugendlichen gefördert hat und fördert. Erziehungsmaßregeln müßten die Regel sein, Strafen die Ausnahme, mindestens müßten letztere besonders geregelt werden. Die Prognose müsse das Urteil bedingen. Vermindert zurechnungsfähige Jugendliche dürften kaum je zur Strafe kommen. Daß das Gericht die Unterbringung in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt vorschreibe, dürfte zu Widerspruch mit anderen Bestimmungen führen und sollte in Wegfall kommen. Grundbedingung der Besserung einer Jugendlichenbehandlung müsse ein entsprechender Entwurf



der Strafprozeßordnung und die Regelung des Strafvollzugs sein. Am günstigsten aber wäre das Zustandekommen eines besonderen Reichsgesetzes für Jugendliche.

Über „Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit" verbreitet sich in Nummer 14 1911 der Münchener Medizinischen Wochenschrift der Münchener Jugendstaatsanwalt **Rupprecht** (472), der bereits in Nummer 30 1910 der Münchener Medizinischen Wochenschrift eine Darstellung über die Psychologie des jugendlichen Großstadtverbrechers veröffentlichte, die in der Fach- wie in der Tagespresse Beachtung fand. Rupprecht, dem die zahlreichen von Psychiatern während 2 Jahre im Strafverfahren gegen Jugendliche gemachten Beobachtungen und erstatteten Gutachten zur Verfügung stehen, unterscheidet drei Gruppen von Straffälligen, nämlich die Imbezillen, die Hysterischen und die Psychopathischen. Nur den letzteren, speziell den psychopathisch Minderwertigen gelten seine Ausführungen. Die psychopathische Minderwertigkeit ist keine Geisteskrankheit im Sinne des § 51 RStGB., sie stellt sich entweder als ein Defekt im Willen oder als ein Mangel im Intellekt oder als eine Verbindung beider Erscheinungen dar. Äußere Degenerationszeichen treten nur selten auf. Der Mangel im Intellekt äußert sich in der Regel in einem allgemeinen Zurückbleiben hinter der Durchschnittsnorm des jeweiligen Alters, er muß aber immer noch ein verantwortliches Handeln zulassen, sonst liegt Imbezillität vor, auf die die Voraussetzungen des § 51 RStGB. zutreffen.

Schwieriger feststellbar sind die Defekte im Willen. Sie sind auf eine Reihe von Ursachen zurückzuführen, von denen erbliche Belastung, Erziehungsfehler, Entwicklungsmängel und insbesondere die beginnende Pubertät die wichtigsten sind. An Stelle der Willenshandlungen treten durch Ausschaltung oder Herabsetzung der Hemmungsmöglichkeit Triebhandlungen. Mit einer übertriebenen Steigerung des Selbstgefühls geht eine Minderung, wenn nicht gar der Verlust der Achtung vor fremden Rechten Hand in Hand; das Bewußtsein antisozialen Handelns fehlt. Deshalb mangelt auch meist das Reuegefühl vollständig, es zeigt sich im Gegenteil nicht selten ein gewisser Unmut über die strafrechtliche Beanstandung. In derart gelagerten Fällen tritt zur Schwäche des Willens eine Rückständigkeit des Intellekts, die zur Verneinung der strafrechtlichen Einsicht führen kann.

Die überwiegende Mehrzahl der minderwertigen Jugendlichen sind Knaben, was nicht nur auf den starken Einfluß der Pubertät bei psychopathischer Veranlagung, sondern auch auf die Tatsache zurückzuführen ist, daß die Knaben zu etwa $^3/_4$ an der Gesamtzahl der jugendlichen Straffälligen beteiligt sind.

Ob die psychopathische Veranlagung die Verletzung bestimmter Rechtsgüter (Eigentum, körperliche Integrität, Geschlechtsehre) fördert, oder ob umgekehrt diese Rechtsgüter den psychopathischen Jugendlichen besonders zum Angriff reizen, oder ob er die Straftat gleich normalen Jungen je nach Gelegenheit und innerem Anreiz begeht, läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen nicht mit Sicherheit feststellen. Sittlichkeitsverbrechen an Kindern wurden von normalen und imbezillen Jugendlichen begangen, nur in einem Falle ließ sich psychopathische Minderwertigkeit feststellen. Zwei zur Anzeige gelangte Fälle von Exhibitionismus wurden von verblödeten Geisteskranken verübt. Jugendliche, die sich nach § 175 RStGB. verfehlt haben, waren in keinem Falle Psychopathen; das Motiv der Straftat war meist Verführung oder Gewinnsucht, nicht innerer Drang. Das von Psychopathen weitaus am häufigsten begangene Delikt ist der Diebstahl. Da aber dieses Vergehen zugleich das typische Jugenddelikt ist, so ist die Häufigkeit seines

Erscheinens beim minderwertigen Jugendlichen keine Besonderheit. Es läßt sich somit eine ausgesprochene Neigung des jugendlichen Psychopathen für bestimmte Deliktskategorien nicht feststellen.

Die Ausführungen Rupprechts, die durch eine Reihe plastischer Beispiele aus der Praxis wirkungsvoll ergänzt werden, klingen in den berechtigten Wunsch aus, daß die in Erziehungsanstalten untergebrachten Zöglinge rechtzeitig einer psychiatrisch-psychologischen Untersuchung unterstellt, und daß Anstalten errichtet werden, in denen die psychopathischen Elemente von den normalen Zöglingen getrennt werden können, da auch bei den Minderwertigen noch Erziehung möglich ist, aber Erziehung in anderer Form und mit anderen Mitteln als bei den normalen Jugendlichen. (*Autoreferat.*)

108 Anstalten für Schwachsinnige mit 23000 Pflegebefohlenen beherbergen in Deutschland nur einen kleinen Teil der auf 100000 geschätzten Schwachsinnigen, zu denen sich noch schätzungweise 200000 Psychopathen gesellen, die zusammen das geistesschwache Volkselement im weiteren Sinne bilden. Häufig begegnet man, wie **Schnitzer** (498) hervorhebt, einem völligen Mangel an Kenntnis und Verständnis gerade diesen leichteren krankhaften Zuständen gegenüber. Ätiologisch spielt bei diesen Schwächezuständen zweifellos der Alkoholismus eine hervorragende Rolle, erst in weitem Abstand kommt dann die Rachitis. Wir brauchen dem gegenüber eine soziale Hygiene, die auch auf die Eheschließung Einfluß nimmt, wenn auch nicht durch Sterilisation oder nutzlose Eheverbote, so doch durch Zurückhaltung in Anstalten der für eine gesunde Nachkommenschaft gefährlichen Kranken. Dazu müsse kommen eine energische Ernährungs-, Wohnungs- und Schulhygiene. Nötig sei ein Sonderunterricht für Schwachbegabte, auch auf dem Lande, wo sich der Lehrer für eine Funktionszulage der schwachbegabten Kinder im Sonderunterricht annehmen müsse; ferner seien Fortbildung- und Tages(aufenthalts)-anstalten für junge Schwachsinnige zu gründen. Auch die Entmündigungspraxis sei zu erweitern und zu verbessern. Fürsorgevereine fänden hier eine segensreiche Tätigkeit. Über Militärdiensttauglichkeit sei individuell und sehr vorsichtig zu entscheiden. Für die Aushebungslisten müßten Angaben über den Grad der geistigen und moralischen Begabung der Schwachsinnigen generell zur Verfügung stehen. Das Fürsorgeerziehungsgesetz müsse viel eher angewandt werden, als es jetzt durchschnittlich geschähe; vor allem sei die Mitwirkung des Psychiaters nötig, da 50—60 % der Zöglinge schon heute sich als geistig abnorm herausgestellt hätten. Der Psychiater sollte auch die betreffenden Erziehungsanstalten ärztlich zu überwachen haben. Auch bei den Jugendgerichten fehle nur zu oft der sachverständige Beirat des Psychiaters. Die nach dem neuen Strafgesetzentwurf nötig werdenden Minderwertigenanstalten müßten auch unter psychiatrische Leitung kommen. In Anlehnung an alle derartigen Anstalten sei Familienpflege einzurichten. Man sehe also, im Mittelpunkt aller Bestrebungen für Schwachsinnigenhilfe müsse der Schwachsinnigenarzt stehen, dessen sachverständige Mitarbeit allein imstande sei, die zweckmäßige Versorgung des Schwachbegabten in die richtigen Bahnen zu lenken.

Nach **Fürstenheim** (167) hat die erkennende Tätigkeit des Arztes in erster Linie festzustellen, ob und inwieweit ein krankhaftes Moment bei der Entstehung der Erziehungsschwierigkeit oder Straffälligkeit der Kinder mitspricht. Sehr häufig macht man leider die Beobachtung, daß Eltern oder Lehrer erst recht spät die ärztliche Erziehungsberatung in Anspruch nehmen, und diese Gefahr ist um so größer, als die Grenze zwischen Unart und Krankheit außerordentlich schwer und selbst dem spezialistisch geschulten Auge nicht immer gleich bei der ersten Untersuchung erkennbar ist. Im



Grunde gibt es keinen Kinderfehler, der nicht gelegentlich auch auf krankhafter Grundlage entsteht, und umgekehrt gibt es nur wenige nervöse oder seelische Krankheitserscheinungen, die nicht auch ihr Gegenstück in Unarten gesunder Kinder finden. So gibt es denn die verschiedensten Kindertypen. Selten sind ausgesprochen geisteskranke Kinder; so verrät sich gelegentlich die Frühform der jugendlichen Verblödung durch ganz sinnlose kriminelle Handlungen. Häufiger sind schon die mannigfaltigen Formen des Schwachsinns. Dann folgt die psychopathische Konstitution mit ihren Abartungen der Erregbarkeitsverhältnisse des Zentralnervensystems. An vierter Stelle stehen die „Sonderlinge“ oder „Eigenartigen“, biologisch als Varietäten anzusehen. Endlich kommen die Kinder mit „Erziehungsschaden“. Natürlich kombinieren sich die Arten; so ist sehr häufig der „Erziehungsschaden“ entstanden auf dem Boden einer abnormen Veranlagung, dann handelt es sich nicht selten um den relativen Erziehungsschaden. Prognostisch gilt: Was durch Erziehung verdorben ist, kann durch Erziehung wieder gut gemacht werden, vorausgesetzt, daß der Schaden noch nicht allzulange bestanden hat, daß er ferner die Grenze des Konstitutionsgesetzes nicht verletzt hat und dann, daß die Grenze der Pubertät noch nicht zu weit überschritten ist. Sogar Entwicklungsstörungen äußeren Ursprungs sind heilbar, solange sie die Grenze des Konstitutionsgesetzes nicht überschritten haben (so die Unterernährung, die Überfütterung usw.). Konstitutionelle Störungen sind unheilbar, mögen sie germinativ oder akquisit sein. Das schließt natürlich nicht aus, daß „Heilungen“ im praktischen Sinne möglich sind, das sind dann aber Kompensations- oder Ausgleichserscheinungen, fallen also in das Gebiet der Adaption und Evolution, der Anpassung und Entwicklung. Die Erziehungsberatung in der Sprechstunde kann in diesen Beziehungen schon so manches feststellen und anordnen. Anstaltsunterbringung soll immer das ultimum refugium sein; so lange es irgend geht, soll das Kind in seiner Familie bleiben. Eine generelle psychiatrische Untersuchung aller Jugendlichen, die in Fürsorgeerziehung kommen sollen, ist sehr erwünscht; wenigstens die Kinder, die mit dem Jugendgericht in Konflikt kommen, müssen sicherlich untersucht werden. Wo es geschah (z. B. Amtsgericht Berlin Mitte) ergab sich, daß hier am Jugendgericht pathologische Momente zurücktraten, und es sich meist um — vom ärztlichen Standpunkte aus — physiologische Handlungen jugendlich unreifer Personen unter ungünstigen Erziehungsbedingungen handelt. Behandlung in der Sprechstunde kann schon manche Kinderstörung beseitigen, z. B. Bettnässen, Angstzustände, nächtliches Aufschrecken, Feigheit, Onanie, Nägelbeißen, Ausreißen. Letzteres findet man bei epileptischen Kindern, aber auch bei zu Hause mißhandelten, bei verführten oder bei abenteuerlustigen Kindern (Verführung durch den „Kientopp“). Jedenfalls ist dauernde psychiatrische Mitarbeit allen diesen Jugendlichen gegenüber mehr als bisher erforderlich. So seien notwendig Fürsorgeanstalten für Normale und annähernd Normale unter pädagogischer Leitung aber mit ärztlicher Assistenz und andererseits Heilerziehungsanstalten unter ärztlicher Leitung mit pädagogischen Hilfskräften. Auch die Familienpflege müßte von der Zentralanstalt aus unter psychiatrischer Aufsicht stehen. Leider fehlen heute noch vor allem ärztlich geleitete Erziehungsanstalten für abnorme Kinder der unbemittelten Stände. „In Gemeinschaft mit der gleichen Zielen zustrebenden Schwesterwissenschaft der „Experimentellen Pädagogik“ muß die ärztliche Jugendkunde die wissenschaftliche Grundlage der Jugenderziehung und der Jugendfürsorge werden.“ (346)

Nach einer Schilderung der Insassen von Defektenanstalten auf ihre zahlreichen Psychopathien hin kommt **Näcke** (395) zu dem Schluß, daß

von den Idiotenanstalten bis zu den Gefängnissen am besten nur der Arzt die Leitung führen könne; Lehrer und Geistliche könnten hier nur Ersprießliches leisten — auspiciis medici —, denn das Individualisieren, namentlich für die Erziehung vermöchte nur der Arzt vorzunehmen, selbst bei den Taubstummen, die nur zu oft ein krankes Gehirn besäßen. Der Arzt müsse deshalb auch das beliebte Sich-gegenseitig-Heiraten der Taubstummen eventuell sogar durch Sterilisation der betreffenden Personen möglichst verhindern, um krankhaften Nachwuchs unmöglich zu machen.

Als Ergebnis seiner ausführlichen Arbeit stellt **Küppers** (294) fest, daß die Einrichtung der „bedingten Entlassung" zweckmäßig, erfolgreich und für das moderne Strafenwesen unentbehrlich ist. Das Institut muß aber noch vollständiger ausgebaut werden. Es ist auszudehnen auf die zu lebenslänglicher Freiheitsstrafe Verurteilten. Bei Gewohnheitsverbrechern, Rückfälligen und solchen Gefangenen, deren Entlassung schon einmal widerrufen wurde, ist eine Erschwerung der Vorbedingungen und eine Verlängerung der Probezeit anzuordnen. Bei kürzeren Strafen ist zwar nicht die bedingte Entlassung zuzulassen, aber, wie in Baden, in geeigneten Fällen Strafurlaub von unbestimmter Dauer gnadenweise zu erteilen. Die Entscheidung über den Antrag auf bedingte Entlassung ist dem Richter zu überlassen. Gegen die Entscheidung muß eine Beschwerde möglich sein. Abweisender Bescheid ist mit Gründen zu versehen. — Die Aufsicht über die bedingt Entlassenen ist in erster Linie den Fürsorgevereinen, unter Umständen besonderen Aufsichtsbeamten zu übertragen. Die Ausführungsvorschriften sind so zu fassen, daß eine gnadenweise Anwendung der bedingten Entlassung seitens der Justizbehörde ausgeschlossen, dagegen die Behandlung derselben als eines Rechtsinstituts gesichert ist.

Nach **Küppers** (295) ist die Polizei durchaus ungeeignet, die bedingt Entlassenen während ihrer Probezeit zu überwachen. Sie ist ihrem Fortkommen nur hinderlich. Man müsse zur Ausübung der Aufsicht vielmehr Fürsorgeorgane heranziehen oder damit besondere Aufsichtsbeamte betrauen. Sehr gut dürften sich die Leiter der allenthalben bestehenden Rechtsauskunftsstellen als solche Organe bewähren. Fürsorgevereine wiederum würden auch positive Vorteile gewähren können, z. B. in Gestalt der so nützlichen Arbeitsvermittlung.

Küppers (296) Reformvorschläge zur bedingten Entlassung decken sich mit denen, die er in der oben besprochenen Arbeit gegeben hat.

In England gibt es heute schon die im deutschen Gesetzentwurf vorgeschlagene Sicherungshaft (preventive detention) gegen Gewohnheitsverbrecher (habitual criminal). Erregt über die Folgen dieses Gesetzes wurde kürzlich die öffentliche Meinung, als ein 67 Jahre alter Mann wegen Diebstahls von 2 ℳ zu drei Jahren Zuchthaus und 10 Jahren Sicherungshaft verurteilt wurde. Er war allerdings seit 1870 in ununterbrochener Reihenfolge im ganzen achtmal wegen einfachen und schweren Diebstahls bestraft worden, da ein „innerer Drang" ihn sofort wieder zum Stehlen zwang. Im Gefängnis war er ein Musterexemplar und wurde als Schäfer verwendet. Offenbar hat man bei der Schaffung der „Prevention of Crime Act" nur an wirklich gemeingefährliche Individuen gedacht, nicht aber an Leute, die nur eine Plage der Allgemeinheit sind, ohne geradezu als gefährlich angesprochen werden zu können. **Behrend** (23) erläutert das betreffende englische Gesetz (3 Vorstrafen wegen unter sich ähnlicher schwerer Delikte und andauerndes ehrloses und verbrecherisches Leben läßt beim 4. solchen Delikt auch Anklage zu, daß der Täter ein Gewohnheitsverbrecher sei. Das Gericht „kann" dann Sicherungshaft von 5—10 Jahren aussprechen, die nach Strafverbüßung



in besonderen Gebäuden vollzogen wird. Je nach Führung rückt der Detinierte in 3 Klassen zu immer besserer Lebenshaltung auf. Vorläufige Entlassung (Prüfung aller 3 Jahre) ist durch den Minister des Innern möglich, wenn Wahrscheinlichkeit einer Besserung vorliegt oder der Täter körperlich oder geistig unfähig ist, weitere Verbrechen zu begehen. Die Entlassung geschieht auf Widerruf bei Nichtbewährung und mit Schutzaufsichtstellung unter eine Gesellschaft oder eine Person). 218 Verbrecher sind in England bis jetzt derart verurteilt. Im April 1909 schätzte die Polizei die Gesamtzahl der englischen Gewohnheitsverbrecher (viele in London unter dem Deckmantel des Anarchismus sich bergend) auf 4064 Personen, darunter 742 Frauen. Auch im deutschen Vorentwurf gibt es nicht den an sich unsicheren Begriff der Gemeingefährlichkeit, der infolge des geschilderten Falles jetzt in England als Gesetzzusatz erstrebt wird. Der (näher definierte) gewerbs- oder gewohnheitsmäßige Verbrecher „muß" aber (gegenüber dem englischen „kann") mit 2—10 Jahren Zuchthaus (bei Verbrechen nicht unter 5 Jahren) bestraft werden, also gibt es hier eventuell noch schwerere Folgen wie in dem englischen Fall. Allerdings dürfte in so einem Fall wohl krankhafte Veranlagung nachweisbar sein und die Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit (Delikt nur als Versuch zu bestrafen usw.) Anwendung finden. Immerhin ist zu fordern, daß die deutsche Mußvorschrift in eine Kannvorschrift umgewandelt werde (freies Ermessen des Richters), und daß das betr. Delikt ein Verbrechen sein muß.

Moravcsik (382) erkennt in seinem Vortrage freudig an, daß alle drei vorliegenden neuen Strafgesetzentwürfe, der deutsche, der schweizerische und der österreichische, nicht an den seit Lombroso aufgekommenen modernen strafrechtlichen Anschauungen vorübergegangen sind. Die Verschmelzung der positivistischen mit der soziologischen Schule hat bewirkt, daß man die psychische und organische Individualität und auch das Milieu immer mehr würdigt und nun neben der Strafe je nachdem noch eine zweckbewußte Erziehung, Besserung oder ein entsprechendes Heilverfahren anstrebt. Verf. weist dies im einzelnen an den drei Gesetzentwürfen nach und kommt zu dem Schluß, daß endlich auf vieljährige Erfahrung beruhende neue Prinzipien nunmehr praktisch durchzudringen scheinen. In allen Punkten dominiere das Bestreben, die Gesellschaft vor den gemeingefährlichen Elementen und den Verbrechern mit neueren und wirksameren Schutzmaßregeln zu beschützen, den strafbaren Handlungen vorzubeugen oder mindestens ihre Wiederholung zu verhindern. Dabei begnüge man sich nicht mit der Strafe, sondern wende dieselbe in der Weise an, daß die die soziale und Rechtsordnung gefährdenden Elemente in Obhut genommen, in einer ihren individuellen Eigenheiten, körperlichen und geistigen Zuständen entsprechenden Weise umgewandelt, gebessert und sozial gemacht werden, wobei ihre Zukunft so gesichert sei, daß sie sich im Falle der wiedererlangten Freiheit aus eigener Arbeitskraft erhalten können. „Aber auch bei den rückfälligen, auf Besserung wenig Aussicht bietenden Individuen wird nicht alle Hoffnung aufgegeben. Diese werden in einer zur Umgestaltung der Persönlichkeit geeigneten Verwahrungsanstalt interniert, aber auch in dieser nicht endgültig, sondern auf eine, gewisse Latitüden zulassende Zeit, während welcher sie, wenn das Aufhören der Gemeingefährlichkeit anzunehmen ist, auch früher entlassen werden können. Es gelangen somit vielerlei Formen der richtig individualisierenden Behandlung zur Anwendung. In geeigneter Weise wird auch für diejenigen gesorgt, welche infolge ihres geistigen Zustandes nicht zur Verantwortung gezogen werden können." Diese Durchführung der Sicherungsmaßregeln bei den verschiedensten Gruppen der Verbrecher



bürde natürlich dem Staate gewaltige Lasten auf, da eine ganze Serie von neuen Anstalten errichtet werden müsse. Spezialanstalten würden erforderlich: für verbrecherische Geisteskranke, für geistig abnorme, intellektuell minderwertige, vermindert zurechnungsfähige Individuen, für Trunksüchtige, für Jugendliche, ferner wären noch erforderlich Korrektions- und Arbeitshäuser und Anstalten zur Durchführung der sichernden Verwahrung. Einigermaßen einbringen müßten die Kosten möglichst fruchtbringende gewerbliche usw. Arbeit der Detinierten. Bei Anstalten für gemindert Zurechnungsfähige sowie für Jugendliche müßte den Psychiatern mindestens ein großer Einfluß in der Leitung gesichert bleiben, Anstalten für verbrecherische Geisteskranke und für Alkoholisten gehörten sicher unter psychiatrische Direktion. In der im allgemeinen zustimmenden Diskussion betonte auch Ladislaus Epstein die großen Lasten, die gerade die aus verschiedenen Gründen unbrauchbaren Elemente der Gesellschaft auferlegten. Die Zahl der unter verschiedenen Prätexten erhaltenen Personen wüchse zusehends, ohne daß sich die Zahl der Erwerber parallel vermehren würde. Könne die Gesellschaft das ertragen? Ja, sagt Epstein, wenn nur die Arbeitskraft der Detinierten richtig verwendet werde. Diese Arbeitsausnützung werde nicht nur allein einen großen Teil der zum Erhalten der nötigen Anstalten finanziellen Erfordernisse beschaffen, sondern auch gleichzeitig durch systematische Beschäftigung zur Sozialisierung der internierten Elemente beitragen. Auf dieser Basis könnten die erwünschten Institutionen leicht ins Leben gerufen werden.

Paragraph 18 des deutschen Strafgesetzvorentwurfs sieht exemplarische Strafverschärfungen für sog. Roheitsverbrecher vor. Mit guten Gründen wendet sich **Heinicke** (213) gegen diesen Paragraphen und schließt seinen Artikel wie folgt: Der Paragraph wird die Hoffnungen nicht erfüllen, die man an seine Existenz knüpft, er schadet ferner dem Gefangenen, wirkt also einem modernen Strafvollzug entgegen; aber auch der Strafvollzug selbst wird darunter leiden. Statt des § 18 würde es empfehlenswerter sein, auf eine Unterbringung der unverbesserlichen Roheits- und Rückfallverbrecher in Zwischenanstalten in oben besprochenem Sinne (Kolonien mit ummauerter Zentrale) zurückkommen. An Bestrafung der chronisch Rückfälligen durch eine Schärfung in Gestalt der Prügelstrafe kann nicht gedacht werden — so gut an und für sich gelegentlich bei Versagen aller Disziplinarmittel die Prügelstrafe sei —, weil sie bei vielen aus körperlichen oder psychischen Gründen ebenfalls nicht anwendbar sein würde, bei Frauen ausgeschlossen ist, also auch wieder Ungleichheiten bedingen würde.

Martin (350, 351) glaubt, unter einer Anzahl von ihm anthropometrisch gemessenen Dégénérés gewisse Typen feststellen zu können, die immer wiederkehren. Vielleicht ließe sich später einmal auf dem Wege solcher Messungen auch objektiv die Klasse der Degenerierten von denen der Normalen abtrennen, heute gelinge es immerhin schon für eine Anzahl.

Schuppius (504) kommt in seiner Arbeit auf Grund einer Rundfrage beim XVIII. Armeekorps, die 560 ausgefüllte Fragebogen lieferte, zu folgenden Resultaten: Unsere ehemaligen Fürsorgezöglinge sind beim Militär, wenn man absieht von Besonderheiten, die durch geistigen Defekt bedingt sind, nach Führung und Leistungen nicht wesentlich schlechter als die übrige Mannschaft, wenn auch eine gewisse Neigung zu Fahnenflucht und unerlaubter Entfernung nicht zu verkennen ist. Dagegen litt ein im Gegensatz zum Durchschnitt der Armee recht erheblicher Prozentsatz an geistigen Defekten der verschiedensten Art, die die Entlassung aus dem Militärdienst notwendig machten. Bei einer fast ebenso großen Zahl bestand eine geistige



Minderwertigkeit geringeren Grades, die einen Verbleib im Heere gestattet. Bei vielen jedoch waren die Leistungen so schlecht, daß die Frage aufgeworfen werden muß, ob es nicht besser gewesen wäre, sie mit Rücksicht auf die Truppe, der sie doch nicht von Nutzen sein konnten, gleichfalls zu entlassen. Wenn nun die Leiter der Erziehungsanstalten veranlaßt würden, unter Vorlage eines kurzen Berichtes jeden Zögling der Militärbehörde zu nennen, bei dem sie eine geistige Minderwertigkeit anzunehmen geneigt sind, so wäre damit dem Ziel, nämlich der Ausschaltung bzw. rechtzeitigen Erkennung der geistig defekten Zöglinge, schon um einen großen Schritt näher gekommen. Immerhin wären die Berichte nichtärztlicher Anstaltsleiter nur als vorläufiger Notbehelf anzusehen; sie würden unnötig werden mit dem Augenblick, wo regelmäßige psychiatrische Untersuchungen aller Fürsorgezöglinge obligatorisch würden.

Für die Verhütung der Geisteskrankheiten in der Armee steht nach **Stier** (542) die ärztliche Tätigkeit im Ersatzgeschäft an erster Stelle. Denn sehr viel mehr als durch nachträgliche Ausscheidung nützt man der Armee durch die gänzliche Fernhaltung der geistig Kranken und geistig Abnormen, da schon ein kurzer Aufenthalt dieser Leute bei der Truppe in den meisten Fällen störend und schädigend auf die militärische Disziplin und Ordnung einwirkt. Einstige Insassen von Irrenanstalten und frühere Besucher von Hilfsschulen oder Nebenklassen für schwachbefähigte Kinder sind heute schon der Ersatzkommission usw. zur Kenntnis zu bringen. Hilfsschüler, die bis zum vollendeten 14. Jahre nicht in die Volksschule zurückversetzt werden konnten, sind unter allen Umständen in so erheblichem Maße schwachbegabt, daß sie für die Armee einen nicht erwünschten Ersatz bilden. Solche Leute müßten daher prinzipiell von der Armee ferngehalten werden mit ganz wenig Ausnahmen, in denen noch eine erhebliche geistige Weiterentwicklung nachgewiesen werden könne. Frühere Fürsorgezöglinge seien bei weitem nicht als so generell untauglich für den Militärdienst anzusehen, wie besagte Hilfsschüler. Immerhin müsse auch das Institut der Fürsorgeerziehung zur Fernhaltung zweifelhafter Elemente von der Armee nutzbar gemacht werden. Verf. geht das Für und Wider der einzelnen dazu dienlichen Möglichkeiten kritisch durch und schlägt endlich den Erlaß folgender Verfügung vor: „Die Kommunalverbände haben am 1. Januar jeden Jahres diejenigen in Fürsorgeerziehung befindlichen jungen Männer den Ersatzbehörden namhaft zu machen, die sich als a) schwachsinnig und psychisch abnorm gezeigt haben und die b) in den letzten drei Jahren sich nicht tadelfrei geführt haben; beides unter Angabe der diese Urteile begründenden Tatsachen, bei den unter a genannten tunlichst unter Beibringung eines psychiatrischen oder kreisärztlichen Zeugnisses.“ — Die unter a könnten dann ohne Nachprüfung ausgemustert werden, bei denen unter b hätte der Bericht einen bedeutenden admonitorischen Wert. Dadurch, daß nicht prinzipiell ein psychiatrisches Gutachten verlangt werde, umschiffe man die Klippe der Bezahlung dieser Gutachten, übe aber doch auf die Provinzen einen Druck aus, sich möglichst solche Gutachten zu verschaffen. Dadurch werde Einteilung und Erziehung der Fürsorgezöglinge sich immer mehr auf psychiatrischer Grundlage aufbauen, ein Ziel, für die allgemeine Verbrechensbekämpfung aufs innigste zu wünschen.

In seiner schönen, durch zahlreiche instruktive Krankengeschichten gestützten Arbeit über Simulation und Selbstverstümmlung in der Armee kommt **Bennecke** (26) zu folgenden Schlußsätzen:

1. Auffallend niedrig ist die Zahl der Verurteilungen wegen derartiger Delikte (39 % gegen 87 % bei sonstigen anhängigen Sachen). Ur-



sache davon: schwer festzustellender Tatbestand, haltlose Denunziationen, wirklich krankhafter Untergrund, Fortschritte der Wissenschaft, Unzurechnungsfähigkeit.

2. Bei beiden Delikten befinden sich viel Vorbestrafte (Eigentumsvergehen und [bei Simulanten] Betrug).

3. Die Mannschaften des 2. und 3. Jahrgangs sind infolge ihrer aus der Zurückstellung erklärbaren geringeren Dienstfreudigkeit und oft weniger kräftigen Konstitution stärker vertreten.

4. Der Zeitpunkt der Tat ist meist bald nach der Einstellung, bei Selbstverstümmlung auch vor derselben.

5. Die Motive sind z. T. materieller Art (Wunsch, das Geschäft weiterführen zu können, Sorge um die Gesundheit, Beschwerden infolge wirklicher Gesundheitsfehler, Furcht vor Strafe oder vor dem Dienst, ferner sexuelle Momente, bei Selbstverstümmlern öfter Heiratsabsichten. Letztere handeln oft in affektähnlichem Zustande, während Simulation vorbedacht betrügerisch ist.

6. Ein heilsamer Einfluß der Strafe ist nicht zu verkennen, jedoch nicht immer abschreckend wirkend. Später ist ein erheblicher Teil der Simulanten noch in gerichtliche Konflikte gekommen (Betrug, Eigentumsvergehen).

7. Vorgetäuscht wurden hauptsächlich: Sehschwäche, Bindehautkatarrh, Schwerhörigkeit, Gehstörungen, Ohnmachten, Geisteskrankheit. Übertreibungen fanden sich öfter bei tatsächlichen nervösen Leiden bis zur Höhe der Dienstunbrauchbarkeit.

8. Selbstbeschädigungen und Selbstverstümmlungen werden durch Schußwaffen, Nadeln, hauptsächlich aber durch Beilhiebe und Messer herbeigeführt. Die verbrecherische Absicht ließ sich öfter dadurch nachweisen, daß der Hergang, ein angeblicher Unfall, sich nicht so abgespielt haben konnte. Bei den nur Verdächtigen handelte es sich ebenfalls meist um Hieb- und Schnittverletzungen.

9. Ein krankhafter Geisteszustand lag bei Simulation 7 mal, bei Selbstverstümmlung 8 mal vor (im ganzen beschreibt Bennecke 75 Fälle). Es handelt sich dabei um epileptische und hysterische Psychosen, Psychopathie, Dementia praecox und Schwachsinn. Dazu kommen 5 Grenzfälle, die mehr zur Unzurechnungsfähigkeit neigen. Hieraus ergeben sich z. T. recht enge Beziehungen der beiden Vergehen zu den Geistesstörungen. Dadurch, daß die krankhafte Verfassung meistens, sicherlich in neuerer Zeit, auf Grund der in der Regel ausgeführten ärztlichen Untersuchungen richtig bewertet wurde, ist dem modernen psychiatrischen Standpunkt Rechnung getragen.

Wie **Wiewiorowski** (594) mitteilt, behandelte ein Lazarettgehilfe einen Russen, der sich dem Feldzug mit Japan entziehen wollte, mit Einspritzungen von Urin eines tripperkranken Mannes in die Harnröhre. Der stark infizierte Mann wurde dann auch tatsächlich als dienstunbrauchbar entlassen. Der schwer heruntergekommene Patient suchte endlich wegen seines chronisch gewordenen Leidens die chirurgische Klinik zu Breslau auf. Heilung, wenn überhaupt möglich, sehr langwierig.

Friedmann (156) gibt eine gute Darstellung der Psychologie der Eifersucht in allen ihren Beziehungen, also nicht nur der sexuell ausgelösten Eifersucht, sondern auch der im Amt, Beruf, Familie, Kunst, Wissenschaft, öffentlichen Leben usw. entstandenen. Er schildert die Entwicklung des Eifersuchtsgefühls, wie es schon bei den Tieren vorkommt, und verfolgt die Entwicklung durch die Kulturgeschichte der Menschheit; dabei bringt er zahlreiche, aus allen Lebens- und Kulturgebieten entnommene Beispiele als erwünschte Erläuterung. U. a. zeigt er, daß die krankhafte Eifersucht sich fast ganz auf das erotische Gebiet zu beschränken pflegt.



Eifersucht ist nach **Birnbaum** (36) ein unlustvoller Gefühlszustand, der sich mit Mißtrauen gegenüber der geliebten Person hinsichtlich ihrer sexuellen Liebe, der Treue, des Besitzes verknüpft. Der normalen steht die krankhafte Eifersucht gegenüber. Schon als Ausfluß eines abnormen Charakters kann die Eifersucht Affekte von krankhafter Höhe und maßloser Wut und Gewalttätigkeit auslösen. Direkt zum Eifersuchtswahn wird sie auf durchaus pathologischer Grundlage vor allem bei chronischen Alkoholisten und bei an Geistesstörungen des Rückbildungs- und Greisenalters Leidenden. Aber auch bei anderen Psychosen erscheint manchmal der Eifersuchtswahn als Symptom der Geistesstörung. Die Diagnose auf Wahn kann auch dann noch meist gestellt werden, wenn wirklich ein Grund zu normaler Eifersucht vorliegen sollte.

Die Einsamkeit bilde gewöhnlich ein besonderes Charakteristikum der Freiheitsstrafe, sagt **Kleemann** (284). Infolgedessen ist es von Wert, zu untersuchen, wie Gefangene sich die Zeit und ihren Verlauf vorstellen. Die Zeitvorstellung ist empirisch entstanden durch die den kommenden Erlebnissen zugewandten Gefühle der Spannung und Lösung. Das Volk glaubt an die doch nur scheinbare Realität der Zeit und denkt sie sich meistens „fließend". Der Zeitlauf ist nun für die meisten Gefangenen (nur ganz stumpfe machen eine Ausnahme) ein Gegenstand besonderen Interesses. Sie fertigen sich deshalb auch oft primitive Kalender an (Kalenderzinken, Zeitzinken). Während die einen „die Zeit der Gefangenschaft nicht überstehen" zu können glauben, ergeben sich andere früher oder später darein: „man muß es eben hinnehmen, die Zeit wird wohl auch vergehen". Die Länge der Zeit, und zwar der zukünftigen, noch zu verfließenden Zeit, wird bei Beginn der Strafe überschätzt, gegen Ende der Strafe unterschätzt. Periodische Einteilung läßt die Zeit kürzer erscheinen. Man kann sagen: je nachdem einem Detinierten die Zeit der Strafe nach ihrem Ablauf kurz oder lang erschien, je nachdem hat er bei ihr wenig oder viel gedacht, wenig oder viel Eindrücke empfangen, wenig oder viel Richtlinien für die Zukunft gewonnen. Jedenfalls trägt für den Kriminalisten eine sorgfältige Beobachtung der ihm anvertrauten Personen auf ihr Zeitbewußtsein und ihre Zeitvorstellungen hin wesentliches Material zu deren Charakterisierung bei.

Haymann (208) geht an der Hand eigener und fremder Beispiele die einzelnen Irrsinnsformen durch, bei denen man Selbstanzeigen beobachten konnte, und versucht deren psychopathologischen Mechanismus darzulegen. Jeder sich selbst Anzeigende sollte psychiatrisch untersucht werden.

Hellwig (219) bringt in einer äußerst umfangreichen Arbeit (ein ganzes Heft des Grossschen Archivs einnehmend) seine Bedenken gegen die Einführung der Feuerbestattung zum Ausdruck. Er glaubt, durch seinen Aufsatz „diejenigen, welche der Sache unbefangen gegenübertraten, davon überzeugen zu können, daß auch durch die Regelung, welche die Vorsichtsmaßregeln in dem preußischen Gesetz erhalten haben, die kriminalistischen Bedenken gegen die Feuerbestattung keineswegs beseitigt sind. Aufdeckung von Verbrechen würde nach wie vor durch Zulassung der Leichenverbrennung sehr erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht werden können. Lasse sich die Feuerbestattung nicht wieder abschaffen, so müßten wenigstens die Vorsichtsmaßregeln noch bei weitem verschärft werden. Verfasser macht dementsprechende Vorschläge.

Auf Grund seiner Sterblichkeitstabellen kommt **Eisenstadt** (108) u. a. zu einigen recht merkwürdigen Schlüssen. So hält er es für sehr wahrscheinlich, daß bei Postbeamten und überhaupt bei den geistigen Arbeitern eine Disposition zu Tuberkulose, Neubildungen aller Art und Magendarm-



krankheiten herbeigeführt werde durch allgemeine Körperschwächung, die wieder bewirkt sei neben schlechter Ernährung durch Abstinenz, Coitus interruptus und Anwendung des Präservativs, während für Gelenkrheumatismus, Blutvergiftung (ohne Mundinfektion) und Herzerkrankungen die Gonorrhöe verantwortlich zu machen sein dürfte. Wörtlich sagt er: „Ist unsere Auffassung von der Bedeutung der sexuellen Abstinenz richtig, so sollten diejenigen Männer, welche nach dem dreißigsten Lebensjahre aufgenommen zu werden wünschen und jahrelang sexuell abstinent lebten, von der Versicherungsgesellschaft abgelehnt werden, wenn ihr Alkoholismus unvermeidbar und ihr Einkommen zu niedrig ist, als daß von ihnen eine rationelle Ernährung sich erwarten läßt. Ferner glaubt Eisenstadt gefunden zu haben, daß die Syphilis eine Immunität gegen Tuberkulose und Karzinom verleiht. Seine Listen zeigten, daß bei den geistigen Arbeitern eine ständige Abnahme der Tuberkulose erfolge, weil bei ihnen (besonders deutlich in der Altersklasse von 41—50 Jahren) Syphilis und konstitutionelle Krankheiten, besonders Krebs, ständig zunähmen. Als Tuberkuloseprophylaxe könne man also einem jungen Manne nichts Besseres empfehlen als die Erwerbung einer syphilitischen Infektion oder den Gebrauch des Präservativs, welches regelmäßig angewendet zur Entstehung einer konstitutionellen Krankheit ebenso führe, wie die gänzliche Enthaltung vom Geschlechtsverkehr. Weil die Frauen noch in geringer Zahl syphilitisch infiziert wären, litten sie so viel an Krebs. (?)

Selbstmord eines Liebespaares, das sich an demselben Strick in der Schlinge je eines Strickendes erhing. Der Mann hatte dabei beide Hände in den Taschen seines Winterrocks stecken. Mitteilung von **Pollak** (437).

Der Selbstmord ist sozusagen eine gegen die eigene Person gerichtete Kriminalität, meint **Lomer** (332), beinahe eine Selbsthilfe der Natur gegen Lebensschwächlinge. Der Selbstmord steht im Verhältnis zur Zunahme der Zivilisation mit ihrem immens gesteigerten Konkurrenzkampf, mit ihren zahlreichen Unausgeglichenheiten in Beruf, Erziehung und Entwicklung der Individuen, zugleich im Verhältnis zur Abnahme der Analphabeten. Im ganzen ist eine gewisse, wenn auch geringe relative Zunahme im Laufe der letzten Jahre nachweisbar. Stand und Rasse sind sicher auf Selbstmordhäufigkeit von Einfluß. Die Anzahl der Selbstmorde nach Provinzen geordnet ergibt, daß slawische Blutmischung die Neigung zum Selbstmord herabzudrücken scheint. Dafür zeigt aber der Slawe erhöhte Neigung zu Gewalttätigkeit und Roheitsdelikten. Während das Verhältnis der Selbstmorde in ganz Deutschland für das Jahr 1907 = 2,06 : 10000 ist, schwankt es für die Großstädte zwischen 3,0 und 4,8 auf 10000. Eine große Rolle dürfte in den Städten dabei die ungeheure Verbreitung der Geschlechtskrankheiten spielen. Die Jugendselbstmorde nehmen erschreckend zu. In zwei Jahrzehnten (1881—1901) endeten 1152 Schüler durch Selbstmord. In anderen Ländern kennt man keine Kinderselbstmorde. Sowohl Schule und Haus tragen bei diesen Selbstmorden die Schuld. An beiden Stellen muß deshalb eine Reform, eine völlige Veränderung unseres Erziehungswesens einsetzen.

Köppen (287) teilt vier Obergutachten mit. In allen vier Fällen handelt es sich um die Frage, wie der Selbstmord zu beurteilen ist, durch den ein durch einen Unfall geschädigter Kranker zuletzt aus dem Leben geschieden. Die ersten drei Fälle geben Beispiele dafür, wie nach einem Unfall sich schwere dauernde geistige Störungen entwickeln können. An der Hand des vierten Falles werden dann Erwägungen angestellt über die Anwendung des Begriffes der Unzurechnungsfähigkeit überhaupt in den Versicherungsangelegenheiten. Köppen betont, daß dabei die Anschauungen nicht sich vollständig decken können mit den Anschauungen, welche im



Strafgesetzbuch § 51 den Leitstern bilden. Man wird einen Unfallkranken anders beurteilen müssen, als einen gesunden Verbrecher. Beim Selbstmörder aus Unfallsfolge wird man Unzurechnungsfähigkeit durch geistige Störung nicht verlangen. Hier ist mehr die Frage, ob bei der Tat der freie Wille ausgeschlossen war, das heißt der freie Wille nicht im naturwissenschaftlichen, sondern im populären Sinne, also ob „ein Zustand vorhanden war, in dem eine Handlung unter einem bestimmten äußeren Zwang steht, und das Gefühl, frei gehandelt zu haben, fehlt".

Liebetrau (314) spricht im Anschluß an einen Fall von Familienmord sich dahin aus, daß derartige Fälle, auch wenn sie bei voller geistiger Gesundheit ausgeführt würden, eher einen altruistischen Selbstmord (Zwangslage, das eigene Leben zu vernichten, Furcht, die Kinder in der Gewalt des ungeliebten Mannes zurückzulassen!) als einen Mord darstellten. In der überwiegenden Mehrzahl handele es sich dabei noch um sozialpathologische Charaktere.

Im Anschluß an einen von Hughes (Imbecillity and the insanity of imbecillity or dementia praecox before the law. The Alienist and Neurologist 1911, p. 66 ff.) veröffentlichten Fall bespricht **Näcke** (402) die Möglichkeit, daß gerade Imbezille, die Fremdsuggestionen leicht zugänglich sind, auch sogar bis zu einem Morde gebracht werden können. Auch Säufer dürften nach den Imbezillen noch am leichtesten der Mordsuggestion unterliegen. Sehr wahrscheinlich finde so mancher Familienmord in der Kneipe seine Wurzel, und zwar durch eine direkte und indirekte Fremdsuggestion.

Lohsing (329) tritt mit Wärme für die Abschaffung der Todesstrafe ein 1. wegen ihrer „Irreparabilität"; „welche Garantien", fragt er, „bieten die Anhänger der Todesstrafe dafür, daß kein Unschuldiger hingerichtet werden könne?" 2. aus Rücksichtnahme auf die schuldlose Familie des Täters; wie kämen die unschuldigen Verwandten dazu, die Todesqualen ihres verbrecherischen Angehörigen mitmachen zu sollen und zu müssen? An einem Beispiel will Verfasser ferner zeigen, daß auch ganz andere Gefühle als das „des höchsten Waltens der Gerechtigkeit" bei den Beiwohnern einer Hinrichtung aufkommen können.

Peine de mort (423): Wiedergabe der Ansichten von mehr als 30 russischen Schriftstellern, fast nur Universitätsprofessoren, die sich alle — unter verschiedenen Begründungen — gegen die Todesstrafe aussprechen.

In seinem an Kasuistik überaus reichhaltigen schönen Buche behandelt **Vladoff** (578) zuerst den Mord im allgemeinen als Folge eines psychischen Zustandes, zwar nicht als Ausdruck einer Monomanie, aber doch bedingt durch bestimmte feststellbare endogene Faktoren. Der 2. Abschnitt des 1. Kapitels stellt sehr übersichtlich die Entwicklung der Anschauungen über Mord und Krankheit von Pinel bis zu den modernsten französischen Psychiatern dar. Der 3. Abschnitt bringt eine klinische Studie über den allgemeinen Geisteszustand der Täter vor, während und nach der Tat, ferner ein Milieustudium ihrer Opfer. Das 2. Kapitel beschäftigt sich an der Hand zahlreicher Einzelfälle mit den einzelnen Psychosen und Psychopathien (von der Paranoia bis zur Hysterie, dem Somnambulismus und der folie morale), bei denen Mordtaten beobachtet wurden.

Das vierte Kapitel füllen Betrachtungen über forensische Bewertung und Behandlungen derartiger Mordtaten aus. Den Schluß macht als 6. Kapitel eine Bibliographie von 25 Seiten. Im 5. Kapitel: „Résumé et conclusions" faßt sich Vladoff ungefähr dahin zusammen: 1. Mord auf pathologischer Grundlage ist nicht selten. 2. Vom klinisch-psychopathologischen Standpunkte aus lassen sich die Mordtaten gruppieren nach den



„syndromes mentales“ als Ereignisse bei mehr oder weniger ausgedehnten Zuständen chronischen Irreseins, ferner bei heftigen Wahnzuständen, Illusionen, Halluzinationen, Verworrenheit, bei Zuständen von Demenz, von maniakalischer Aufregung bei Impulsen und Leidenschaften und endlich bei konstitutionellen Erkrankungen. 3. Jeder krankheitsverdächtige Mörder muß geprüft werden auf seinen geistigen Zustand für die Zeit vor, während und nach der Tat. 4. Jede Krankheitsart zeigt dabei besondere Symptome. Bei sich verfolgt Wähnenden ist die Mordtat ein Akt legitimer Verteidigung, überlegt und vorsätzlich, willkürlich und bewußt; es folgt dann eine Reue. Viel seltener ist die Tat eine impulsive Handlung, eine augenblickliche Eingebung, nicht vorbedacht, obwohl bewußt. Bei Melancholikern ist die Mordtat am häufigsten gewollt, manchmal qualvoll impulsiv, d. h. diskutiert, zurückgehalten, aber immer bewußt und im Gedächtnis aufbewahrt, bereut oder auch nicht, sofort oder später. Bei hypochondrischen Verfolgern ist der Mord eine vorsätzliche Handlung, überlegt, bewußt, ohne Reue. Bei Mystikern ist er oft eine Äußerung halluzinatorischen Zwanges. Die Person führt aus, was eine „Stimme“ verlangt. Sie handelt dabei freiwillig, bewußt und reuelos. Bei Megalomanen ist ebenfalls die Tat vorsätzlich, überlegt und reuelos. Dasselbe ist bei den Erotikern, die das Objekt ihrer Liebe verfolgen, der Fall. Sie sind sogar stolz und befriedigt nach der Tat. Bei Alkoholikern kann die Tat auf Grund von Verfolgungseifersuchtswahn usw. vorsätzlich und überlegt, freiwillig und bewußt sein, oder eine unmittelbare impulsive Handlung, entweder bewußt und im Gedächtnis haftend (so bei Zorn, Affekt, unterdrückte Leidenschaft und Angetrunkenheit), oder auch unbewußt, ohne Erinnerung zurücklassend, im Rauschzustand. Hier grenzt der Alkoholismus an Epilepsie. Reue ist häufig bei Alkoholisten. Bei epileptischen Tätern findet man bald Gleichgewichtslosigkeit und Reizbarkeit, unmittelbare, aber bewußte und im Gedächtnis haftende Eingebung, am häufigsten aber unmittelbaren, unbewußten und erinnerungslosen Impuls (manchmal verbunden mit Sinnestäuschungen). Bei Geistesschwachen hat die Mordtat manchmal, aber selten, einen freiwilligen, vorbereiteten und bewußten Charakter, sie kann aber auch impulsiv sein, mehr oder weniger unbewußt und amnestisch, doch ist stets das Gepräge des Schwachsinns aufzuweisen. Reue fehlt. Bei den Maniakalischen ist der Akt impulsiv, momentan, mehr oder weniger bewußt und von Erinnerung gefolgt. Bei nervösen Gleichgewichtslosen beobachtet man Mordzwang und ausgesprochene mörderische Impulse. Die Mordzwangsidee, im ganzen eine psychopathologische Seltenheit, drängt sich bewußten und klaren Individuen unwiderstehlich auf, energischen Gegenkampf und außerordentlich schmerzhafte Qual verursachend, um endlich doch das Subjekt als Werkzeug unterliegen zu lassen und bei ihm gleich nach der Tat das Gefühl endlicher Erleichterung hervorzubringen. Bei den debilen Desäquilibrierten ist der Akt meist die Folge eines unmittelbaren psychomotorischen Impulses bei intaktem Bewußtsein und Erinnerungsvermögen. Ursache manchmal ein bestimmter Gemütszustand: Trübsinn, Angst, Haß, Liebe, Furcht, Zorn usw. Diese Schwachsinnigen handeln manchmal aus Nachahmung, Ansteckung, Suggestion, sind vielleicht nur als Werkzeug eines normalen oder perversen Subjekts benutzt. Bei den moralisch Irren ist die Tat freiwillig, bewußt, in der Erinnerung haftend. Sie wird mit Stolz, Prahlerei und Zynismus erzählt.

Vom mediko-legalen Standpunkte aus liegt bei jedem Mord, überhaupt bei jeder Tat, die während einer psychischen Störung begangen wurde, Unzurechnungsfähigkeit vor. Es gibt nur einige Ausnahmen bei gewissen alkoholischen Störungen, wo die völlige Unzurechnungsfähigkeit nicht sofort



gegeben ist. Die Affekte und Triebe bei Desäquilibrierten und Alkoholisten in leidenschaftlichen oder konstitutionellen Zuständen bedingen eine mehr oder weniger große verminderte Zurechnungsfähigkeit. Im übrigen muß jeder Einzelfall ein Objekt einer minutiösen, genauen und vertieften Forschung sein.

Nach Ansicht aller Irrenärzte ist es dringend nötig, Asyle einzurichten für Amoralische und Perverse, die vom sozialen Standpunkte aus sehr gefährlich, aber doch nicht Kranke sind im eigentlichen hygienischen Sinne.

Solbrig (525) führt aus:

I. Der Staat hat durch gesetzliche und Verwaltungsmaßnahmen für die Bekämpfung des Alkoholismus zu sorgen. Die staatlichen und städtischen Behörden haben diese Maßnahmen in die Praxis umzusetzen.

II. Die in Deutschland gültigen Gesetze ermöglichen es, in folgender Weise den Alkoholismus zu bekämpfen:

1. Bestrafung der Trunksüchtigen gemäß § 361, 5 des RStG. und Überweisung in die Arbeitshäuser.
2. Fürsorge für die Trunksüchtigen durch Entmündigung nach § 6, 3 des BGB. oder Anordnung der vorläufigen Vormundschaft.
3. Einschränkung des Alkoholgenusses durch Prüfung der Bedürfnisfrage bei Neukonzessionen von Gast- und Schankwirtschaften, Einführung einer Schankkonzessionssteuer, Besteuerung der alkoholischen Getränke, Ausübung einer Schankstättenpolizei.

III. Diese gesetzlichen Stimmen reichen indes nicht aus, es sind deshalb noch folgende Forderungen aufzustellen:

1. Öffentliche, selbstverschuldete Trunkenheit ist zu bestrafen.
2. Bei Trunksuchtsdelikten ist eine Strafe dann auszusprechen, wenn
   a) die Tat auch ohne die Trunkenheit hinreichend begründet ist,
   b) der Täter sich absichtlich in den Zustand der Trunkenheit versetzte, um in diesem die Straftat auszuführen, oder wenn er wissen mußte, daß er in diesem Zustand die Tat begehen könne.
3. Bei Trunksuchtsdelikten darf nebenher auch das Verbot des Wirthausbesuches auf gewisse Zeit ausgesprochen werden.
4. Die zwangsweise Unterbringung Trunksüchtiger auch ohne vorherige Entmündigung in Trinker- Heil- und Pflegeanstalten auf mindestens 6 Monate ist für zulässig zu erklären, wenn
   a) der Trinker gemeingefährliche, verbrecherische Handlungen begangen hat,
   b) die Gefahr begründet ist, daß er oder seine Familie infolge der Trunksucht der öffentlichen Armenpflege anheimfallen wird.
5. Der Staatsanwalt muß zur Stellung des Antrages auf Entmündigung wegen Trunksucht berechtigt sein.
6. Das Recht des Vormundes, den entmündigten Trinker in Trinkerheilanstalten auch gegen dessen Willen unterzubringen, ist ausdrücklich anzuerkennen.
7. Bei allen Trunksuchtsdelikten, bei jeder Entmündigung wegen Trunksucht und bei jeder Zwangsüberführung in Trinkerheilanstalten ist grundsätzlich ein ärztlicher Sachverständiger (Kreisarzt, Gerichtsarzt, Irrenarzt, Trinkerheilanstaltsarzt) hinzuzuziehen.
8. Trunksucht ist unter gewissen Voraussetzungen als Scheidungsgrund anzuerkennen.
9. Trunksucht und dadurch bedingte Krankheiten müssen bei den gegen Krankheit Versicherten zum Bezuge des Krankengeldes und zur freien ärztlichen Behandlung berechtigen. Auch sind in geeigneten

Fällen die Trunksüchtigen auf Kosten der Landesversicherungsanstalten in Heilbehandlung zu geben.

10. Die Errichtung öffentlicher Trinkerheil- und Pflegeanstalten und die kostenlose Unterbringung bedürftiger Trunksüchtiger in diesen ist die Aufgabe des Staates oder der größeren Kommunalverbände (Provinzen) unter Beihilfe der Städte.
11. Die Prüfung der Bedürfnisfrage bei Neukonzessionen von Gast- und Schankwirtschaften ist allgemein einzuführen und auch auf Flaschenbierhandlungen auszudehnen.
12. Die Einführung des Befähigungszeugnisses für die Gast- und Schankwirte ist zu verlangen.
13. Die Schankkonzessionssteuer ist allgemein einzuführen.
14. In Eisenbahn- und anderen besonders gefährlichen Betrieben ist ein strenges Verbot jeden Alkoholgenusses während des Dienstes und kurz vor demselben für die Angestellten und Arbeiter einzuführen.

IV. Die Städte sind bei den bisher bestehenden Gesetzen und Verordnungen in der Lage, erfolgreich gegen den Alkoholismus vorzugehen, wie dies auch vielfach geschieht (Charlottenburg, Bielefeld, Dortmund, Erfurt u. a.). Es fehlt aber noch in den meisten Städten an systematischem Vorgehen.

Als besondere Aufgaben für die Städte sind folgende Maßnahmen zu nennen:

1. Systematisch geregelte Trinkerfürsorge.
2. Strenge Prüfung der Bedürfnisfrage mit dem Ziel, daß nicht weniger als 400—500 Einwohner auf eine Wirtschaft entfallen.
3. Strenge Schankstättenpolizei mit beschränkter Polizeistunde für Lokale mit weiblicher Bedienung und für Branntweinschänken und Verbot des Branntweinverkaufs an Sonn- und Feiertagen überhaupt und an den diesen vorhergehenden Wochentagen von Feierabend an.
4. Gasthausreform nach dem Muster des Gothenburger Systems.
5. Aufklärung und Belehrung in allen Schichten der Bevölkerung, namentlich auch in den Schulen und Ablenkung vom Wirtshausbesuch durch Schaffung von Aufenthalts- und Erfrischungsräumen für die städtischen Arbeiter, Lesehallen, Förderung der Jugendspiele u. a. m.
6. Förderung der Vereine gegen den Alkoholmißbrauch und Teilnahme an den Kursen zum Studium des Alkoholismus. (*Autoreferat*).

Hyslop (250) stellt die Frage, wie groß wohl die Wirkung des elterlichen Alkoholismus auf die Degeneration der Kinder sei, und findet diese Frage sehr schwer zu beantworten, da die Kausalität nie rein und eindeutig zutage träte. Unsere Begriffe über Erblichkeit seien noch viel zu wenig geklärt. Immerhin könne man wohl so viel sagen, daß Alkoholismus der Eltern bei den Nachkommen eine vererbte psychoneurotische Konstitution verstärke und zeitiger in Erscheinung treten lasse. So verstärke also der Alkoholismus die Degeneration und damit die absteigende Tendenz einer Familie, er sei aber doch nur als ein, wenn auch verschlimmernder Faktor neben manchen anderen zu betrachten. Weitere Forschungen müßten erst größere Klarheit bringen.

Fehlinger (123) behauptet kühnlich, daß sich bei gehöriger Berücksichtigung der neueren Forschung die Vermutung, daß Alkoholismus und andere widrige Umgebungsverhältnisse die Entartung hervorriefen, als falsch herausgestellt hätte. Alles weise darauf hin, daß die Umgebung auf den Körper — das „Soma“ — eine sehr tiefgreifende Wirkung haben könne, ohne das Keimplasma zu betreffen. Die Untersuchungen Prof. Karl Pearsons



und Ethel M. Eldertons zeigten ebenfalls, daß keine „regelmäßige“ Beziehung zwischen den Trinkgewohnheiten der Eltern einerseits und der psychischen Entwicklung, der Intelligenz und dem Gesundheitszustand der Kinder andererseits bestehe. Es sei erst noch zu beweisen, ob nicht Alkoholismus die Folge eines ererbten Nervendeffektes sei, der sich in der nächsten Generation wieder als Geisteskrankheit äußere. Gewiß ziehe übermäßiger Alkoholgenuß zahlreiche Übel nach sich und müsse bekämpft werden; nichts berechtige aber zu dem Schluß, daß erbliche Entartung zu den üblen Folgen des Alkoholgenusses gehöre. Es wäre eine trügerische Hoffnung, von der Beseitigung des Alkohols ein Verschwinden der Entartung zu erwarten (Wer tut das? D. R.), ob zwar nicht in Abrede zu stellen sei, daß der Alkoholgenuß häufig dazu führe, die vorhandene Entartung zum Vorschein zu bringen, was aber von anderen Umgebungseinflüssen in gleicher Weise gelte.

Holitscher (236) stellt alle neueren Untersuchungen zusammen (Laitinen, Bunge, Bezzola), die gegenüber der als unkritisch abgewiesenen Schrift der Miß Elderton dartun, daß wirklich auch die Nachkommenschaft durch den Alkoholismus eines oder beider Eltern stark gefährdet sei. Deshalb bleibe es die ernste Aufgabe, auch durch Bekämpfung des Alkoholismus als Teil einer bewußten Massenhygiene, die immer mehr schwindenden Wirkungen der natürlichen Faktoren der Auslese und Ausmerze möglichst zu ersetzen.

Hoppe (243) erscheinen die Ansichten Fehlingers, die das Gewissen der Menschen bezüglich der degenerierenden Wirkungen des Alkohols zu beruhigen und einzuschläfern geeignet sind, für außerordentlich bedenklich. Dabei seien diese Ansichten wissenschaftlich gänzlich unhaltbar. Durch ein reiches Tatsachenmaterial sucht Hoppe demgegenüber nachzuweisen, daß der Alkohol sowohl als akute Vergiftung zur Zeit der Zeugung als auch als chronischer Alkoholismus eine exquisit degenerierende Wirkung hat, und zwar selbst in Mengen, die man allgemein als mäßig anzusehen gewohnt ist. Er betont: „Nichts kann nach dem heutigen Stande der Wissenschaft sicherer sein als die degenerierende Wirkung des Alkohols.“ Er stützt sich dabei besonders auf Tierversuche, aber auch auf Stilltabellen und auf Krankheits- und Todesstatistiken von Kindern abstinenter, mäßiger und trinkender Eltern, ferner aber auch auf Beobachtungen in einzelnen Familien, die, wie in einem Experiment, minderwertige (z. B. idiotische, hydrozephale) Kinder hervorbrachten, wenn einer der Eltern zur Zeit der Empfängnis alkoholisiert war, während sonst ihnen gesunde Kinder entstammten.

Kauffmann (272) tadelt wohl die Form der Arbeit Dr. Sternbergs (A. Stubers Verlag Würzburg), die den Alkoholgenuß rechtfertigen will, stimmt aber in der Grundidee mit Sternberg doch überein. Auch Kauffmann meint eine Reihe von Momenten dafür anführen zu können, z. B. den Gesichtspunkt der vererbten Gewöhnung —, daß kleine Mengen von Bier und Wein für den Menschen nicht schädlich, sondern sogar zuträglich seien. Er hebt den Nährwert guten Bieres hervor, tadelt die Schwarzmalerei, die ängstliche Neurastheniker um ihr sedatives Genußmittel bringe, sie zu Hypochondern mache, ja Zwangsvorstellungen und Selbstanklagen bei ihnen züchten könne, ähnlich wie bei der Onanie. Dagegen seien die Temperenzler oft nervös und verschroben und verständen die Kraft der Vollmenschen nicht einzuschätzen. Alkohol, mäßig genossen, begünstige die Phantasietätigkeit, schütze gewöhnlich vor Morphium und Schlafmittelmißbrauch, nehme Hemmungen weg und löse dadurch vielleicht sprunghafte, aber doch gute, ja beste Einfälle aus.

Die aus aller Herren Länder sich zusammensetzende Bevölkerung von New York bietet die allerbeste Gelegenheit zu massenpathologischen Studien.



Kirby (282) hat im Manhattan State Hospital diesbezügliche Studien über die Trunksucht gemacht. Schon immer waren ihm ganz gewisse Beziehungen zwischen speziellen Formen geistiger Erkrankung und speziellen Rassentypen aufgefallen. Besonders zeigte sich bei manchen Rassen der Alkoholwahnsinn häufig, bei anderen selten. Von den im Hospital aufgenommenen Fällen fanden sich bei den Irländern 20 % Alkoholpsychosen, dann kamen die Deutschen mit 9 % und die Italiener mit 5 %. Die amerikanische Gruppe (Eltern in Amerika geboren) lieferte ebenfalls 5 % Alkoholkranke, die Neger nur 4 %. Alle anderen Rassen zusammen wiesen 10 % derartig Kranker auf, eine relativ recht hohe Ziffer, die Juden aber nur 0,6 %. Nach den Geschlechtern getrennt stellte man bei den Männern als von den eingelieferten Kranken an Alkoholwahnsinn leidend fest

bei den Irländern	30 %
„ „ Deutschen	12 „
„ „ Negern	9 „
„ „ Italienern	8 „
„ „ Juden	1,2 „
„ „ geborenen Amerikanern	5 „
„ „ anderen Rassen	15 „

Von den Frauen waren alkoholpsychotisch

Irländer	15 %
Deutsche	3 „
Negerinnen	0 „
Italiener	0 „
Juden	0 „
geborene Amerikaner	5 „
andere Rassen	3 „

Bei den Irländern spielt mehr der Schnaps, bei den Deutschen das Bier, bei den Italienern leichter Wein eine Rolle. Die Neger erkrankten weit mehr als an Alkoholismus an paralytischen Psychosen syphilitischen Ursprungs. Die jüdischen Einwanderer waren mäßig, die in Amerika geborenen Juden hatten aber schon mehr Neigung zu Alkoholwahnsinn. Liegt die unterschiedliche Erkrankungszahl der Rassen am Unterschied des genossenen Quantums oder an einer bestimmten Disposition zur alkoholpsychotischen Erkrankung? Neben Quantum und Widerstandsfähigkeit kommen dann noch unzweifelhaft andere Faktoren in Frage, wie Beschäftigung, soziale Gebräuche, Heim, Umgebung, religiöse Einflüsse usw. Die scheinbare Suszeptibilität der einen und die relative Immunität der anderen Rasse beruht also auf einer Anzahl Faktoren komplexer Art, die noch näher erforscht werden müssen. Heute aber schon sind erzieherische und prophylaktische Maßnahmen gegen den Alkoholismus in hohem Maße nötig.

Es ist ein Segen, daß für so billigen Preis in der Teubnerschen Sammlung so gute Übersichtswerke wie **Gruber**'s (188) Büchlein über den Alkoholismus zu bekommen sind. Ein echter Wissenschaftler hat es geschrieben, dem die Wahrheit über alles geht, der weit entfernt ist von fanatischer Agitation. Aber gerade seine ruhig vorgebrachten Tatsachen werden auf viele sympathischer und überzeugender wirken, als pathetische Propagandaschriften, die das größere Publikum oft nur mißtrauisch machen. Verfasser geht nicht Utopien nach. So sagt er u. a.: Ein allgemeines Abstimmungsgesetz, wie es als Wunsch in den Köpfen manch feuriger Verfechter des Antialkoholgedankens flammt, würde für unsere wirtschaftlichen Verhältnisse augenblicklich sehr inopportun sein; man kann einen solchen Wunsch in der Tat nur als Utopie auffassen; denn die Überzeugung von der Schäd-



lichkeit der Alkoholika ist noch lange nicht im Volke durchgedrungen, und ein Gesetz, das so sehr gegen die Überzeugung der Massen wäre, wie ein Abstinenzgesetz, würde einfach im größten Stile mißachtet, unmöglich werden, wenn es nicht gar den inneren Frieden des Landes arg gefährdete; ganz abgesehen von dem allen müßten sich erst die gesetzgebenden Körperschaften finden, welche die finanzpolitischen Vorteile des Alkoholismus über seinen sozialhygienischen Nachteilen vergessen könnten! Für das Deutsche Reich trifft dies nicht zu. Und wenn wir in der Abstinenz auch das beste Vorbeugungsmittel gegen den Alkoholmißbrauch sehen, so brauchen wir dies nicht allzusehr zu bedauern, als wir noch Mittel und Wege genug haben, gegen das Alkoholungetüm wirksam anzukämpfen. Als wirksamstes Mittel hebt Gruber mit Recht das gute Beispiel der eigenen Abstinenz hervor.

Dobrik (89) bespricht die „heimlichen Wirkungen" des Alkohols, so nennt er solche Wirkungen, die schleichend und unmerkbar und anscheinend zunächst unschädlich auftreten, in ihrer schließlichen Endwirkung jedoch im Laufe der Jahre eine ungeheure Menge sittlicher und geistiger Werte der Persönlichkeit zu Grabe tragen.

Carter (62) will Aufklärung darüber verbreiten, daß die Trinksucht kein Laster, sondern eine Krankheit ist, die ärztlicher Behandlung in Trinkerheil- und Trinkerverwahranstalten bedürfe. Der Alkoholmißbrauch müsse auf jede Weise bekämpft werden.

Weygandt (593) stellt die Schädigungen der Schuljugend auch durch kleine Alkoholdosen zusammen und bespricht die Kampfmittel gegen den Alkoholgenuß der Kinder. Er empfiehlt dabei den Alkoholunterricht nach amerikanischem Muster (Frau Mary Hunt). Jede Schule sollte eine kleine Antialkoholsammlung anlegen, wie es z. B. in Schweden geschähe, ferner eine geeignete Spezialbibliothek.

Die Untersuchungen des Kaiserlich Statistischen Amtes in Berlin über die Häufigkeit der gefährlichen Körperverletzungen in den einzelnen deutschen Landesteilen haben ergeben, daß die bayerische Rheinpfalz in dieser Statistik an der Spitze Deutschlands steht mit einer Verurteiltenziffer von 633 auf 100000 Strafmündige oder 265% vom Reichsdurchschnitt und dann sofort Niederbayern kommt mit 565 oder 263% des Reichsdurchschnittes. Das Reichsamt verfehlt nicht, hierbei auf den billigen und reichlichen Wein der Rheinpfalz und das berühmte bayerische Bier als mutmaßliche Ursache der dort so zahlreichen Roheitsdelikte hinzuweisen. **Hotter** (244) bietet nun an der Hand von Tabellen eine einschlägige Spezialstudie, welche die für Niederbayern so charakteristische Schwurgerichtsstatistik in bezug auf Totschlag und Körperverletzung mit nachfolgendem Tode und deren Zusammenhang mit den landesüblichen Trinksitten für die Jahre 1900—1909 zur Darstellung bringt. Erwähnt sei daraus nur, daß, wenn die Verbrechen an Sonn- und Feiertagen und die Wirtshausfälle zusammengerechnet werden, sich 187 Fälle = 90,3% mit erhöhtem Alkoholgenuß und nur 20 = 9,7% im nüchternen Zustand ergeben. Soll doch nach Verf. der Genuß von 10—15 Liter Bier an Sonn- und Feiertagen seitens einzelner Personen nicht zu den Seltenheiten gehören! Dabei wird auf dem Lande durchschnittlich gerauft, mehr als in den unmittelbaren Städten, und die Polizeiorgane tun bei Tanzmusiken usw. schon ihr möglichstes, die „Griffesten" (Messer) beizeiten zu konfiszieren und die Polizeistunde mit Strenge zu handhaben.

Der Zweck der wirkungsvollen kleinen Broschüre **Hotter**'s (245) ist der, ein Bild der schändlichen sittlichen Verrohung zu geben, welcher ein Volk, wie hier Bayern, das dem Alkoholmißbrauch frönt, anheimfällt, ohne es zu merken, daß es eigentlich auf der denkbar tiefsten Kulturstufe in bezug



auf Heiligkeit und Unverletzlichkeit des Rechtsgutes des Lebens und der menschlichen Gesundheit steht. Hotter hat während 10 Monaten alle ihm zugänglichen Berichte der bayerischen Tagespresse über Opfer des Alkohols im Bierlande Bayern gesammelt, im ganzen 244 Fälle, darunter 139 mit tödlichem Ausgange. Auch im übrigen gibt er erschreckend wirkende Statistiken über Morde und Totschläge, bei denen der Alkoholmißbrauch eine bedeutende Hauptrolle spielt. Mit Recht macht er sich demgegenüber über deutsche Zeitungen lustig, die von der Roheit reden, die darin liege, daß während der letzten Fußballsaison in den Vereinigten Staaten 29 junge Menschen beim Spiel ums Leben gekommen wären; was bedeute das gegen die Opfer des deutschen Saufens!

Wittermann (600) hat an stark betrunken eingelieferten Individuen in der Münchner psychiatrischen Klinik Erhebungen darüber angestellt, welchen Teil ihres Arbeitsbudgets sie für Alkoholika anzuwenden pflegten. Die mitgeteilten Fälle sind äußerst instruktiv. Bei einem Durchschnittseinkommen von 3,60—4,00 *M* täglich gaben die Befragten für Essen und Trinken täglich 2,00—2,50 *M* aus, davon entfielen annähernd 1 *M* täglich auf alkoholische Getränke. Manche tranken am Abend sogar bis zu 20 Glas Bier. Alle boten sie Zeichen des chronischen Alkoholismus und der geistigen Abstumpfung. Köppen glaubt mit Recht schon von vornherein Haltlose ganz besonders gefährdet. Immerhin, so meint er, dürften auch psychisch Gesunde durch die in München herrschenden Gebräuche (von denen er u. a. das merkwürdige Beispiel der „Sparvereine" gibt) zu chronischen Alkoholisten werden, ohne daß in ihnen die Anlage zu einer anderen Geisteskrankheit vorhanden gewesen wäre. Das soziale Herunterkommen mancher Trinker immer auf eine Dementia praecox beziehen zu wollen, erscheint ihm durchaus gewagt; die Herabsetzung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit bei Trinkern dünkt ihm als Erklärung durchaus ausreichend.

Abramowski (2) stellt die bekannten Gründe zusammen, die für völlige Alkoholabstinenz sprechen. Er betont: „Die sanguinische Anschauung, daß kleine Dosen Alkohol unschädlich sind, ist falsch, jedenfalls dann falsch, wenn diese Dosen regelmäßig genommen werden. Wenn überhaupt etwas erlaubt ist, so ist es ein kleiner Exzeß in alcoholicis in großen Zeitabständen; aber auch nur dem ist es erlaubt, der die Kraft hat, sich daran genug sein zu lassen; des guten Beispiels wegen fällt aber auch dies am besten weg." Jedenfalls sei ein jeder, der ganz frei von Alkohol sei, in eine höhere Kulturstufe eingerückt als derjenige, der ihn noch nicht überwunden hat oder nicht überwinden will.

Wittermann (601) hat die Abschlüsse der deutschen Brauereien, so wie sie im Handelsteile der „Frankfurter Zeitung" erscheinen, gesammelt und gibt in seiner Arbeit die Resultate einiger Zusammenstellungen. Aus ihnen ersieht man, daß die Besitzer von Brauereiaktien noch immer auf ihre Rechnung kommen und wenigstens im Durchschnitt eine gute Verzinsung erzielen (6,8 %). Verf. hebt hervor, daß an dem Absatz ihres Produktes die Brauereien finanziell aktiv im höchsten Grade beteiligt seien, entweder dadurch, daß sie selbst den Bau von Häusern mit Gastwirtschaften in die Hand nähmen, oder dadurch, daß sie die Unternehmer finanziell durch Darlehn, Hypotheken usw. unterstützten. Hier mache sich so recht die Schädlichkeit des Braukapitals auf volkshygienischem Gebiete bemerkbar. Ganze Reihen von Berufen würden so vom Braukapital abhängig und müßten alles unternehmen, um den Alkoholkonsum zu vergrößern. Leider stehe dem Alkoholkapital noch die Sympathie weiter Kreise zur Seite.



Nach **Bell** (24) hat Präsident Taft endlich eingegriffen und die Todesstrafe bei einem völlig sinnlos betrunkenen Mörder umgestoßen. Bisher war die Betrunkenheit in den anglikanischen Gesetzen, wie Bell angibt, kein Verteidigungsgrund. Der Ausspruch Tafts: Trunkenheit ist keine Entschuldigung für ein Verbrechen, sie könne aber im Widerspruch stehen mit einem Geisteszustand, der notwendig vorhanden sein müsse, um einen gewissen Grad des Verbrechens zu konstituieren, bedeute endlich einen Schritt vorwärts in der Entwicklung der Gesetze und brächte endlich einmal die wissenschaftliche Erkenntnis zur Geltung.

Nach **Donath** (92) kommt bei den schweren Formen der Trunksucht auch direkte Vererbung auf die Nachkommenschaft vor; bei leichter Trunksucht ist dies bloß wahrscheinlich. Die wahre Dipsomanie ist psychogenen Ursprunges, Teilerscheinung einer psychischen Degeneration, und zu unterscheiden von der symptomatischen Dipsomanie, welche bei Psychosen, namentlich bei Epilepsie vorkommt. (*Hudovernig.*)

In etwas loser Romanform eine glühende Anklageschrift gegen die artschädigenden Mächte des Alkoholismus, der Bodenspekulation, Flüsseverunreinigung und -verpestung u. a. m. Einige Kapitel des **Bonne**'schen (50) Buches sind von überwältigender Überzeugungskraft und Wirkung und übertreffen an anschaulicher Eindringlichkeit die besten bisherigen Propagandaschriften gegen Alkoholmißbrauch usw. Man darf sich also nicht von der Breite der Darstellung, dem relativ kleinen Umfang der verarbeiteten Ideen, die sich daher oft in ermüdender Weise wiederholen, abschrecken lassen; man wird dann Perlen entdecken, wie sie schimmernder kaum gefunden werden können, Kapitel, die hunderte Agitationsbroschüren aufwiegen und die in ihrer tiefen Menschlichkeit erschütternd wirken. Die Vorlesung der Kapitel z. B., die erzählen, wie der Landdoktor zum Blaukreuzler wurde, müssen selbst ein indolentes oder höhnisch gestimmtes Bierphilisterpublikum aufrütteln und erschüttern. Möchte Bonnes Buch in recht vielen Familien unseres immer noch sehr trinkfreudigen Deutschlands Eingang finden und Herzen rühren und bekehren, die wohl gewöhnlich nicht schlecht, aber durch die Vorurteile verstockt und vor allen Dingen noch unbelehrt sind.

In Deutschland sind 300000 notorisch Trunksüchtige mit rund 1000000 Angehörigen vorhanden, 220000 gerichtliche Bestrafungen nehmen alljährlich ihren Anlaß aus (meist akuten) Zuständen der Trunksucht, eine Mahnung, wie bitter notwendig uns eine geordnete, zielbewußte, öffentliche (staatliche und gemeindliche) wie private Trinkerfürsorge ist! Mittel der Bekämpfung der Trunksucht sind nach **Pieper** (433) vor allem Unterstützung der Trinkerfürsorgestellen und Trinkerrettungsvereine und besonders: geeignete Aufklärung des Volkes. Ausgeübt werde die Trinkerfürsorge von den Armenverwaltungen, den Fürsorgestellen für Alkoholkranke, den Abstinenzvereinen, den Trinkerheilanstalten und den Landesversicherungsanstalten. Nötig sei ein größeres Handinhandarbeiten aller dieser Organe. Verf. schildert die Tätigkeit dieser Organe nach seinen Dortmunder Erfahrungen, daran knüpft er eine Besprechung der gesetzlichen Bestimmungen zur Bekämpfung der Trunksucht, der Entmündigung wegen Trunksucht, die trotz ihrer Schwierigkeit allmählich zunehme, der gerichtlichen Bestrafung de lege lata und nach dem neuen Entwurf; ferner bespricht er den Arbeitszwang, die Umwandlung der Rente in Naturalunterstützung, die Invalidenhauspflege, und endlich erwähnt er kurz die Entziehung der elterlichen Gewalt und die Fürsorgeerziehung.

Ausnahmemenschen. Verbrecher. Geisteskranke und psychopathisch Minderwertige.

Giovanetti (173) bespricht im Anschluß an das Buch Portigliottis: Un grand monomane. Fra Gerolamo Savonarola, 1902, Torino, Fratelli Bocca, Editori, das Leben Savonarolas und seine Taten und Werke. Er schildert eingehend die religiöse halluzinatorische Paranoia des Mönches, seine Idee der „göttlichen Mission", seine prophetischen Erleuchtungen und Weissagungen über das Schicksal des Florentinischen Staates mit Hilfe phantastischer Bibelauslegung und endlich seine Sehnsucht nach Martyrium selbst in den Zeiten seines höchsten Triumphes als Krönung seines Glaubens, sich völlig zu den Heiligen zählen zu können. Reformierung der völlig entarteten Sitten, Erneuerung der Kirche, Aufrichtung der Republik, das waren seine fanatisch betriebenen Ideale, die er als Werkzeug Gottes zu verwirklichen trachtete. Wirklich fand er auch Anhänger, und alsbald brach geradezu eine psychische Epidemie, ein religiöser Massenwahnsinn aus, dem sich sogar die größten Künstler seinerzeit nicht zu entziehen vermochten. Im Anschluß am Leben, Wirken und Tod Salvonarolas entstanden eine Menge Visionäre, Anachoreten und Propheten. So ist dieser Mönch ein typisches Beispiel eines psychopathologischen religiösen Genies mit halluzinatorischem Größenwahn, wie ja so häufig die großen Erneuerer sich unserer wissenden Zeit als anormale Individuen zu erkennen geben, die in der Geschichte und der Legende von unsterblichem Ruhme umstrahlt werden.

Evers (117) zeigt in diesen echten Memoiren einer Schwester Jeanne des Anges einen wahren Hexenkessel von Erotomanie, Hysterie, Aberglauben, Massensuggestion und Perversitäten auf. Es ist die schon vielfach bekannte Mischung von religiösem Fanatismus und perversester Sexualität.

Indem **Rahmer** (452) die Geisteskrankheit Lenaus nach dem Stande moderner Wissenschaft ausdeutet, dann Lenau in seinen Dichtungen, in seinem Leben und vor allem in seinem Liebesleben betrachtet, kommt er zu folgenden Feststellungen: Lenau starb an Gehirnparalyse. Die Krankheit war bereits im April 1844, d. h. ein halbes Jahr, bevor sie zum offensichtlichen Ausdruck kam, so deutlich entwickelt, daß sie ein Sachverständiger hätte diagnostizieren können. Vor diesem Termin ist Lenau als geistig vollwertig zu betrachten, und es ist wissenschaftlich völlig unbegründet, irgendwelche geistige und körperliche Symptome mit der Paralyse in Verbindung zu bringen. Die Geisteskrankheit Lenaus war bedingt durch eine geschlechtliche Infektion.

Der Weltschmerz in seinen Dichtungen beruht auf einem melancholischem Naturell, nicht aber auf Melancholie im Sinne einer Geistesstörung. Äußere Momente sind es, die sein seelisches Verhalten aus dem Gleichgewicht brachten, sein poetisches Schaffen ungünstig beeinflußten und seine poetische Entwicklung hinderten. Äußere Umstände machten ihn auch schon vor seiner Metasyphilis nervös, aber nicht geisteskrank. Sein Liebesleben war nur zu sehr geeignet, seine Nervosität großzuziehen. Man hat sich gewundert, daß Lenau, der in Charlotte Gmelin die Erfüllung seiner Wünsche hätte finden können, ihr gegenüber das befremdendste Verhalten an den Tag legte, ja plötzlich nach Amerika entfloh. Nach Rahmer ist der Grund dafür, daß Lenau in dieser Zeit, wohl 1831, sich eine geschlechtliche Infektion zugezogen hatte, die, wie L. als Arzt wußte, ihn für die nächsten Jahre und vielleicht für immer untauglich zur Ehe machte, die den stummen Verzicht auf das „Schilflottchen" begründete und die tiefe Depression nur gar zu gut erklärt, die den Dichter von Ende 31 bis tief in das Jahr 34



beherrschte. Als er dann die Frau eines andern, die Sophie Löwenthal kennen und lieben lernte, litt er noch unter den Nachwehen seiner Infektion, mied also notgedrungen den Sexualverkehr und errichtete zwischen sich und der Frau absichtlich eine Mauer, gegen die er später vergeblich losstürmte. Dieser Zustand mußte zerrüttend auf ihn wirken. Lenau lebte als Asket, und doch forderte seine Sinnlichkeit heftig Befriedigung. Seine von der Paralyse ganz unabhängige funktionelle Neurose war also vor allem eine Folge seiner Abstinenz. Diese Neurose, die seine Widerstandskraft brach, hätte wohl auch ohne die Zufallskrankheit, welche seinem geistigen Schaffen ein Ende setzte, dauernd seine Dichtertätigkeit ungünstig beeinflußt. Reflektierten doch die Gedichte zum Teil direkt die Angstneurose. Lenau ist also ein Opfer der Sexualpathologie, von Geburt an war er ein ganz vollwertiger Mensch von hohen sittlichen Anschauungen.

„Ein Gefühlsgenie", so bezeichnet **Näcke** (399) den bekannten Pastor Jatho aus Köln. Jatho biete ein klassisches Beispiel eines überwuchernden Gefühlslebens, das an Mystizismus und Symbolismus streife, wie es in moderner Zeit im Gegensatz zum Mittelalter sehr selten sei. Das Gefühl, oft von Autosuggestionen genährt, sei aber trügerisch. Demgegenüber seien Dogmen — freilich ein Menschenwerk! — für jede kirchliche Gemeinschaft praktisch notwendig. Infolgedessen sei es nur logisch, wenn eine solche Gemeinschaft derartige — Dogmen zerbrechenden — Genies von sich abstoße. Dennoch leiste so ein Genie selbst im Irrtum mehr gutes als vielleicht 100 orthodoxe Geistliche und Heilige.

Lilienthal (316) bespricht die Memoiren der ehemaligen Kronprinzessin von Sachsen und sieht in ihrer Person „ein aus dem Gleichgewicht geratenes kleines Weibchen, das in einer fast tragischen seelischen Einsamkeit keinen verständigen Berater hatte". Im Augenblick ihrer Flucht vor dem gehaßten Schwiegervater war Luise von Toskana wirklich krank, sie war hochschwanger und durch monatelangen Familienstreit überempfindlich und gereizt. Bei Einschätzung dieses Zustandes und ihrer Exzentrizitäten hat der sächsische Hof nach Lilienthals Meinung nicht gerade besondere Geschicklichkeit bewiesen. Ins Bürgerliche übertragen dürfte die Kronprinzessin eine fesche, gesunde und kokette Frau gewesen sein, eine gute, etwas bornierte Mutter und eine eifrige Premierenbesucherin. Alles in allem „bleibt sie eine im frischesten Backfischalter in ihrer Entwicklung aufgehaltene Persönlichkeit". Bösartig und gemein ist das Buch dieser Frau an keiner Stelle.

Gottschalk und **Marie** (182) schildern die bekannte Poranoia König Ludwig des Zweiten, ihre Entstehung auf dem Boden erblicher Belastung und des exzessiven Kunstbetriebes des Hauses Wittelsbach, — einer Paranoia, die schöpferisch wirkte durch Schloßbauten und Theatererneuerung (Wagner), so daß durch Herbeiziehung von Fremdenbesuch die hemmungslose Verschwendung von Geldern seitens des Königs in gewissem Grade wieder paralysiert wurde. Der König habe geradezu die Phantasie eines asiatischen Despoten gehabt, und hätte man seine blutigen Befehle ernstgenommen und ausgeführt, so würde man ihn einem Kaiser Nero, diesem krankhaft grausamen Ästheten, an die Seite stellen müssen.

Cohn (71) gefällt sich in neuen kühnsten Namengebungen. Er möchte in die Pathologie den Begriff der „Meteoropathie" als einen Unterbegriff einer „Psychastasie" einführen. Die Seelenlage der Tage mit gutem Wetter wäre nach dem alten griechischen Wort als Euhemerie, die der schlechten Tage als Dyshemerie zu bezeichnen. Die Individuen selbst mit ihrer vom Wetter abhängigen sensitiven Seele möchte er meteoropsych heißen (Meteoropsychie). „Es ist die normale Wetterstimmung der Menschen, die



beim Meteoropathen zur Krankheit gesteigert ist", sagt er. Und nun endlich wissen wir es, Nitzsches Krankheit war „Meteoropathie". Von Haus aus war dieser Dichterphilosoph ein ganz gesunder Mensch; übermäßige Einflüsse machten ihn dann zum Astheniker; diese Asthenie verschlimmerte er durch Gifte, und auf dem Boden dieses vergifteten Organismus erwuchs endlich die Schlußkrankheit, die gar keine echte Paralyse war, sondern eine Chloral-Haschisch-Vergiftung (durch einen ihm von einem Holländer geschenkten angeblich harmlosen „Beruhigungstrank"), so lehrt es Dr. Cohn. Die von ihm nicht nur als Symptom, sondern als Krankheitstype in den Vordergrund gestellte Wetterempfindlichkeit des Übersensitiven scheint ihm nun auch „am Körper der Frauen vorzukommen". Es müsse da eine geheimnisvolle Verbindung — auf welches auch manches andere hinweise — zwischen genialem, asthenischem und Frauennervensystem existieren, die vielleicht auf einer diesem gemeinschaftlichen Stoffmasse beruhe, wenn nicht sogar auf einem chemischen Manko. —

Jones geht auf die 1910 bei Bergmann-Wiesbaden erschienene Monographie über Heinrich von Kleist von J. Sadger ein und übertrifft dabei noch die Freudianer an sexueller (Deutungs)hyperästhesie. **Jones** (259) glaubt ohne weiteres an Sadgers skurrile Weisheit, daß „gemeinsam sterben wollen soviel heiße als — ursprünglich natürlich (!) mit der Mutter — gemeinsam schlafen und verkehren wollen", und daß „das von Kleist so sehr ersehnte Grab dann einfach gleichbedeutend mit dem Bett der Mutter wäre". Jones findet aber noch tiefere Motive, „welche den Gegenstand mit der „Nekrophilie" verbinden (sadistische Befriedigung an dem Gedanken von der widerstandslosen Hilflosigkeit einer Toten, ihrer „Unermüdbarkeit resp. Unersättlichkeit".) Aber noch nicht genug: nach Jones psychoanalytischen Erfahrungen an Neurotikern traten „nekrophile Tendenzen regelmäßig mit koprophilen und Geburtsphantasien" auf, denn Kot und Leiche ist etwas Totes, was früher dem Leben angehört hat, daher die „kindliche Freude" der Neurotiker an beiden! Auch über Sadgers „Reisebedeutung" des gemeinsamen Sterbens ist Jones entzückt, — die Reisewut des Psychopathen wird endlich eine freiwillige Entdeckungsreise ins Jenseits. Die sich dabei kundgebende Sehnsucht nach Wissen und Wahrheit hängt dann — natürlich — „unverkennbar mit geschlechtlicher Neugier zusammen". Ja noch mehr, mit Sadger führt Jones dieses von ihnen festgestellte Verlangen Kleists „in plausibler Art auf den infantilen Wunsch zurück, den Vater zu betrügen und die Mutter nach einem entfernten Orte zu entführen, wo der Vater nicht mehr die gegenseitigen Zärtlichkeiten von Mutter und Sohn stören könnte". Damit zusammen hingen bei Neurotikern „Fliegeträume", Träume lustvoller Körperbewegung, also „sexuelle Träume". Nun kommt man auf eines der beliebtesten Themata der Psychoanalytiker: lustbetonte schießende, schleudernde Bewegung ist auch die „Defäkation", sie ist ein Symbol für die Ejakulation des Samens, ebenso wie „Flatuslassen". Und nun sind wir glücklich von Kleist, dem unglücklichen Doppelselbstmörder, nicht nur auf Kleist, den Inzestverbrecher, nein auch auf das dankbare Thema der Analerotik gekommen. „Diese Phantasie scheint durch ihre Assoziation mit Bewegung, also mit Flug durch ein gasförmiges Medium, durch die Luft, besonders geeignet, in Verbindung mit den anderen früher erwähnten, koprophilen, sadistischen und inzestuösen Wünschen die Liebesbedingung für das „gemeinsame Sterben" zu bilden, schließt Jones, und er wolle nur anregen, weitere Fälle von diesem Gesichtspunkt aus zu untersuchen." Ob man nicht lieber so manche Freudianer einmal „psychoanalytisch" untersuchen sollte?



Das Hamletproblem wurde schon des öfteren von Psychiatern behandelt, als wäre der Held des Dramas nicht eine dichterische Fiktion, sondern eine wirkliche Persönlichkeit. Wenn aber der Schöpfer Shakespeare selbst keine genügende Erklärung für Hamlets Geisteszustand hätte geben können, so könne Verf., **Lloyd** (324), es noch weniger. Modern sei jetzt aber eine sogenannte „unterirdische" Psychologie, die mit „Unterbewußtsein" und „Sublimierung" arbeite. Ihr Resultat sei die „Psychoanalyse", die „Christian Science", die „Emanuelbewegung" in Boston und die „Ödipustherapie" von Ernest Jones. Das alles seien Untergruppen des „Freud"-Kultes. Nach Ernest Jones sei das ganze Hamletgeheimnis durch Freuds Theorie der „unterdrückten Erregung" zu erklären. Hamlet soll danach an einem inneren Konflikt leiden, dessen eigentliche Natur seiner Selbsterkenntnis unzugänglich sei. Also auch der Prinz wußte nicht, was ihm fehle, ebensowenig das Publikum und die Kommentatoren, niemand wisse es, nur Jones allein, denn er entdeckte es mittels der Psychoanalyse nach 300 Jahren: Hamlet leidet an erotischen Gefühlen seiner Mutter gegenüber! Ist ja die Mutter nach Freud oft die erste Verführerin ihrer jungen Söhne. Naturgemäß muß dann Hamlet eifersüchtig auf seinen Vater sein. Dieses Gefühl wird ins Unterbewußte verdrängt, und an seiner Stelle entwickelt sich nun die starke Anhänglichkeit an diesen Vater, wie sie das Stück schildert. Alle diese Gefühle wären tief im Unterbewußtsein geblieben, hätte der Onkel nicht den Vater ermordet und die Mutter gefreit. Und nun kommt der Umschwung. Hamlet nimmt die Pflicht der Rache auf sich, und dies führt ihn zu Wankelmütigkeit und Deklamation ohne Ziel, worin das eigentliche Geheimnis des Dramas liegt. Nach Jones resultiert das alles aus dem Aufbäumen der besagten unterdrückten Gefühle. Nach ihm setzt einfach der Wunsch, den Rivalen (Onkel) zu töten, die unterirdische Maschinerie in Hamlets Psyche in Bewegung, und seine Aufgabe ist dem Prinzen so unerträglich schmerzhaft, daß sein Wille und seine Hand gelähmt bleibt. Hamlet selbst erkennt natürlich die tiefen und dunklen Ideenverbindungen (der sinnlichen Liebe zur Mutter) selbst nicht. — Ob dies alles wirklich wissenschaftlich oder nicht recht rohe Phantasie sei, das zu entscheiden überläßt Lloyd gern dem Urteil anderer.

Jones gebraucht den Ausdruck „Ödipuskomplex" für die geschilderten Beziehungen zwischen Mutter und Sohn. In der Ödipustragödie fehlt aber jedes unterbewußte oder „unterdrückte" Gefühl. Das griechische Genie befaßte sich nicht mit Unverständlichkeiten. Alles war klar und offen wie der Tag. Das Publikum wußte völlig Bescheid, nur Mutter und Sohn kannten sich nicht. Und so kam das Verhängnis über sie. Hamlet aber wußte, wer seine Mutter war, und daß er ihr Sohn. So beruht der Ausdruck „Ödipuskomplex" auf völlig falscher Analogie. Aber die Freudsche Schule ist nun einmal völlig besessen von solchen sexuellen Analogien. Es wäre wert, einmal diese ganze Richtung „psychoanalytisch" zu untersuchen; man fände dann wahrscheinlich eine Form von sexueller Neurasthenie idealistischer Männer und Frauen mit schriftstellerischen Neigungen. Verf. hält die dramatische Technik des „Hamlet" für ziemlich ungeschickt. Das tiefe Interesse gälte deshalb auch nicht dem Drama an sich, sondern der psychologisch faszinierenden Persönlichkeit des Hamlet. Shakespeare habe ja auch nur zur Unterhaltung seines Publikums geschrieben und nicht für Psychoanalytiker. Der Dichter selbst würde über die Theorien der Freudianer am allererstauntesten sein.

Wulffen (605) analysiert die 3 gewaltigen Gestalten der entsprechenden Shakespearschen Dramen Richard den Dritten, Macbeth und Othello. Richard



ist der körperlich häßliche, degenerierte Hereditärier, den Wille zur Macht und starke Sexualität zum Verbrecher werden lassen. Othello ist der durch seine barbarische Rasse überleidenschaftliche, impulsive Mörder, der seinen wilden Affekten und Instinkten unterliegt. Desdemona versucht Wulffen als masochistisch perverses Weib zu deuten. Macbeth hält er für einen Verbrecher auf der Basis epileptischer Konstitution. Überall findet Verf. persönliche Züge, vor allem abnorme sexuelle Züge des Dichters selbst in diese Gestalten verwebt und versucht übereinstimmende Züge auch in den ganz subjektiven lyrischen Sonetten Shakespeares nachzuweisen.

Berkhan (30) berichtet nach alten Nachrichten über einen etwas über 4 Jahre alt gewordenen Wunderknaben, den Malerssohn Christian Heinrich Heinecken, der 13 Monate alt die biblischen Geschichten lernte und im 14. Lebensmonat alle Geschichten des neuen Testaments erfaßt hatte, der 2 Jahre 6 Monate alt die Geschichte der Völker des Altertums wußte, der mit 4 Jahren deutsch und lateinisch las, mit den vier Spezies rechnete, französisch ganze Historien erzählen konnte und im Latein 1500 gute Sprüche alter Autoren auswendig wußte. Dabei lebte er die ganze Zeit über von der Milch seiner Amme. Er kränkelte öfter und starb im Alter von 4 Jahren 4 Monaten, ein Wunder aller Zeiten.

In der Beschreibung eines vielfache interessante Degenerationszeichen darbietenden Blödsinnigen, der sich aber in der Jugend noch als Hausierer forthelfen konnte, kommt **Näcke** (393) auch darauf zu sprechen, daß unter Tagelöhnern und noch mehr unter Hausierern sich viel minderwertiges Material vorfinde, körperliche und geistige Krüppel. Hausierer ständen den Vagabunden nahe, und beide hätten viele gemeinsame psychologische Eigentümlichkeiten.

Näcke (397) schreibt dem berüchtigten pathologischen Schwindler, dem in diesem Jahre plötzlich im Londoner Polizeigewahrsam gestorbenen (Herztot oder Selbstmord?) Walter Wenge einen Nachruf als einem hochinteressanten kriminellen Typus, dem Deutschland wohl unglaubliche Schwindeldelikte, aber auch die Gründung des 1. Organs für Kriminalanthropologie, nämlich die „Zeitschrift für Kriminal-Anthropologie, Gefängniswissenschaft und Prostitutionswesen" verdanke, deren einziger Jahrgang im Jahre 1897 bei M. Prieber, Berlin, erschien.

Näcke (404) teilt drei Fälle von Gewalttätigkeiten in der Schlaftrunkenheit mit, die Morro veröffentlicht hat in seiner Arbeit: I fattori cerebrali dell' omicidio e la profilassi educativa, Annali di Freniatria, XX. Bd. 1910, p. 289 ff, speziell p. 301.

Glos (175) teilt den Fall eines außerordentlich raffiniert vorgehenden Heiratsschwindlers mit, offenbar eines psychopathischen Lügners, der durch die Sicherheit seines Auftretens nicht nur seine durchaus nicht beschränkte Braut, sondern auch eine Reihe sonstiger gebildeter Leute schmählich zu düpieren verstand.

Margulies (348) beschreibt den Fall eines 36jährigen Mädchens, welches die Sucht hatte, Nadeln zu verschlucken und sich unter die Haut zu bringen; sie hatte oft ganze Päckchen verschluckt. Bei der Obduktion fanden sich im Kehlkopf 5, im Herzen 1, in der Aorta 1, in der Leber 12, und zwischen Magen und Querkolon 5 Nadeln.

Ein Fabrikant, so berichtet **Liebermann von Sonnenberg** (313), der sich ein neues Haus gekauft, fand längere Zeit hindurch die Läden seines Bureaus in diesem Hause immer wieder dick mit Menschenkot bestrichen, ohne daß man den Täter entdecken konnte. Endlich erwischte man ein sechzigjähriges gebrechliches Fräulein, eine geachtete Bürgerin der Stadt, bei frischer Tat. Auch sie hatte dem Fabrikanten ihr überschuldetes Haus



angeboten gehabt. Er hatte sich für das andere Haus entschieden. In ihrer Verzweiflung kam sie, um ihm das gekaufte Haus zu verleiden, auf den Gedanken, es fortgesetzt mit Menschenkot zu besudeln. Aus Mitleid geschah der alten Dame nichts.

Rätselhafterweise wurden in Berlin gewisse Postbriefkästen wochenlang durch Hineinwerfen von mit Menschenkot gefüllten Paketen beschmutzt. Auch hier wurde endlich eine Frau, die 40 Jahre alte polnische Plätterin K. als Täterin festgestellt, eine rabiate, alles Deutsche, besonders aber die Kriminalpolizei, die ihr angeblich 200 ℳ gestohlen haben sollte, hassende Person. Sie wurde als „geistig minderwertig" nur milde mit drei Monaten Gefängnis bestraft.

Ähnliche Rachehandlungen passierten (wohl auf Grund psychischer Ansteckung) in demselben Revier gleich darauf noch zweimal.

Verfasser zieht den Schluß: „Wo ähnliche Handlungen in hartnäckiger Wiederholung und nicht als Gelegenheitsdelikt vorkommen, da hat man ein Recht, den Täter in erster Linie in einer Frau zu vermuten. H. Groß bespricht im Anschluß hieran den Besudelungswahn auf sadistischer Basis (Saliromanie), auf den hin ihm der zweite Fall verdächtig erscheint, vielleicht auch auf Koprolagnie. Man hätte unbedingt den Psychiater fragen müssen.

Ein kurz vor Obersekunda stehender Gymnasiast muß die Schule verlassen wegen gehäufter Diebstähle. U. a. hatte er in seiner Schublade Dutzende elektrischer Schalter und sonstiger elektrischer und photographischer Artikel angesammelt. Dabei bestand Verschleierung der Erinnerung: „Ich weiß nicht, warum ich es tat." Der einst fleißige Junge war nach Majors Meinung unter der Last der Schularbeiten zusammengebrochen. Es war nicht Schurkenhaftigkeit und Trotz, was den Knaben zu den Delikten usw. veranlaßte. Es handelte sich vielmehr um impulsive Handlungen eines von Geburt an primär Debilen unter der Last der Überbürdung. Patient wurde durch Heilpädagogie gebessert und ist wieder ein ordentlicher fleißiger Schüler. **Major** (345) lehrt: „Wenn ein bislang gutes, braves Kind ins Gegenteil umschlägt, wenn der Schlaf und Appetit herabgehen, wenn sein Wesen sich ändert, so darf man verkehrte Handlungen nicht als Verstocktheit ansehen und nicht als moralisch defekt erklären. Solche schwer einschneidenden physischen und psychischen Veränderungen sind krankhafter Natur. Diese Kinder sind nicht durch den Stock gesund zu machen."

Beaussart und **Bonhomme** (21) besprechen im Sinne von Vigouroux und Truelle die Geschichte einer bezüglich ihrer Heredität bemerkenswerten Familie. Die Vorfahren waren Alkoholisten, die Abkömmlinge aber Desequilibrierte und Verbrecher. Die älteren Kinder sind am meisten psychotisch belastet, die jüngeren sind nur mehr Psychopathen. Die weibliche Seite zeigt sich weniger alkoholistisch entartet, weniger heftig reagierend, aber doch ebenfalls krank und teilweise unterbringungsbedürftig.

Ein Mann stellt sich (im Jahre 1910) selbst der Polizei, weil er den unbezwinglichen Trieb empfindet, Heufeimen in Brand zu setzen. **MacPhail** (337) gibt von ihm eine Beschreibung. Der Mann hört, wenn er spazieren geht, „Stimmen" rufen: „Feuer, Feuer! Geh hin und tue es." Er müsse dann brandstiften, vorher habe er keine Ruhe. Außerdem stiehlt er hemmungslos, was ihm gefällt. In der Anstalt gute Führung. Nur manchmal tritt noch der Trieb, anzuzünden bei ihm auf. Ist er zurechnungsfähig? Nein, sagt Mac Phail, er ist ein Moralinsaner mit periodischen Impulsen, der sich nicht anpassen kann, er gehört daher dauernd in eine Anstalt.

Ein 17 jähriger junger Mann schreibt in einem nach einem Ärger aufgetretenen, epileptischen Dämmerzustand an seinen Chef und seine Angehörigen



Briefe, in denen er sich fälschlich raffinierter Diebstähle seiner Firma gegenüber anklagt. Erst allmählich wird ihm klar, daß er gar nichts Unrechtes gemacht habe. An sein Tun im Dämmerzustand hat er Erinnerung, wenn auch verschwommene. **Juliusburger** (265) meint: der Begriff „Dämmerzustand" sei ein bequemer, umfangreicher Topf, worin man allzuviel hineinzustecken pflege. Patient habe keine Benommenheit und keine allopsychische Desorientiertheit dargeboten, es habe sich mehr um eine Unterbrechung der Kontinuität in dem Bewußtsein des Patienten gehandelt, um eine plötzliche Veränderung im Gebiete seiner Persönlichkeit. Psychologische Ursache sei die von Freud und Bleuler hervorgehobene symptomwirkende Kraft des Wünschens, ja sogar des sexuellen Wünschens (Gelderlangung für eine Liebschaft) gewesen. Im Unterbewußtsein schlummerte ein krimineller Wunschkomplex. Dieser wird sublimiert; das Individuum flüchtet sich unter einer transitorischen Sprengung der Kontinuität seines Bewußtseinsinhaltes in die Psychose, ähnlich wie beim Freudschen Inzestkomplex. Die Bewußtseinsstörung ist also „autopsychisch".

Willimann (598) untersucht die Krankengeschichte eines Paranoikers, der seit ungefähr einem halben Jahrhundert interniert ist, daraufhin, ob dieses Milieu seinem Geiste eine bestimmte Richtung gegeben habe, ob seine zahlreichen Geistesprodukte, die er in Sprache, Schrift und Zeichnung die ganze Zeit über geliefert, zweifellose Abnahme der geistigen Kräfte verrieten. Der Kranke namens Heuer hatte seiner traurigen Wirklichkeit eine symbolische Welt, einen Traum mit allen seinen Verheißungen gegenübergestellt. Diese beiden Welten bestehen im Gehirn des H., ohne sich zu widersprechen, das bedeute doch wohl eine Abschwächung. Demenz sei aber nicht synonym mit Unproduktivität, im Gegenteil beruhe grade Heuers symbolische Produktivität, seine Phantasie, in der er nach Belieben schwelgen könne, auf einem Mangel an Urteil. Ob dieser angeboren oder erworben sei, könne hier nicht festgestellt werden.

Ein als Mustermensch geltender Lehrer von „vorbildlicher Frömmigkeit" betastet, so berichtet **Ungewitter** (370), während des Schulunterrichts in Gegenwart der anderen Schulkinder Mädchen in unsittlicher Weise. Diese Handlungen setzt er mehr als 40 Jahre (!) fort. Erzählungen der Kinder hierüber finden einfach keinen Glauben. Endlich kann der Ortspfarrer doch nicht umhin, Anzeige zu erstatten, tut es aber „anonym". Der Lehrer stellt sich geisteskrank, wird aber nur als Psychopath begutachtet. Urteil: 5 Jahre Gefängnis.

Amschl (8) erzählt zwei Kriminalfälle, wie sie für gewisse ländliche Gegenden typisch sind. In dem einen handelt es sich um eine Art Haberfeldtreiben der Dorfburschen, um eine Magd zu verhöhnen und an ihr sich zu rächen, weil sie ihr Herz einem Burschen des Nachbardorfs geschenkt hatte. Dabei wurde ein vom Dorfdichter neu gedichtetes Spottlied gesungen. Wir schauen dadurch in die Werkstätte des Volksliedes, schauen, wie es entsteht und vergeht, sehen aber auch, wie es nicht nur zum sublimierten Ausdruck der Volksseele, sondern zum Corpus delicti wird. — In der zweiten Sache handelt es sich um einen hinterlistigen Überfall, den ein reicherer Bauer inszeniert, um seinem Nebenbuhler in der Gunst einer Dirn eins auszuwischen. Der Schuldspruch lautete auf schwere körperliche Verletzung.

Schouten (500) berichtet eine Geschichte aus der Mitte des 18. Jahrhunderts. Ein Veterinärarzt wurde beschuldigt, daß er eine Witwe ermordet habe, um den Beweis zu stehlen, daß er von ihr Geld geborgt hatte. Nicht weniger als zwölf bona-fide-Zeugen standen zur Verfügung. Alle übrigen Umstände waren ebenfalls à charge. Der Arzt wurde zur Räderung



verurteilt. Bis zuletzt beteuerte er seine Unschuld, auch noch dem ihn aufs Schafott begleitenden Pfarrer. Fünfzehn Jahre später entdeckte derselbe Pfarrer, daß der Arzt unschuldig gewesen, indem der wirkliche Mörder dem Arzte so ähnlich sah, wie ein Wassertropfen dem andern!

Hellwig (216) zeigt an dem Prozeß der Giftmörderin Gottfried, daß auch für den Volksforscher — und ebenso für den modernen Kriminalpsychologen — das Studium der zahlreichen und aktenmäßig überlieferten Kriminalprozesse aus früheren Jahrzehnten interessante Einzelheiten zu geben vermag. Psychopathie und Aberglauben spielen in diesem Prozesse wieder ihre verderbliche Rolle.

Ebstein (100) gibt einige interessante Aktenstücke den Fall des mehrfachen Mörders Rütgerodt in Einbeck betreffend wieder, die des Verfassers Artikel im Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 38 S. 68—88 noch in manchem ergänzen. Bekanntlich spielte der Schattenriß des Mörders bei Lavater und Lichtenberg eine große Rolle, selbst Göthe interessierte sich lebhaft dafür. Rütgerodt war sicher mindestens ein Dégénéré, wenn nicht gar ein an Dementia praecox Leidender. Seine öffentliche Hinrichtung am 30. Juni 1775 durch Schlagen mit Keulen von unten, also von den Beinen an, muß furchtbar gewesen sein, ein Beispiel, wie lange noch mittelalterliche Grausamkeit bei den Exekutionen in Übung war.

Haldy (202) gibt die Selbstbezichtigungen zweier Frauen wieder, die sich anschuldigen, ihr eben geborenes Kind getötet und vergraben zu haben. Ein Beweis dafür konnte nicht erbracht werden. Fall I war sicher geisteskrank, dennoch zuerst Verurteilung zum Tode und später erst Freisprechung.

Nach **Papadaki** (418) ist es im Gefängnis unzweifelhaft klar geworden, daß der Attentäter Lucheni geisteskrank war. Im Jahre 1909 wurde er infolge seiner vielen Insubordinationen auf seinen Geisteszustand hin untersucht. Die Ärzte Martin und Blanchard kamen dabei zu dem Schlusse: Lucheni ist geisteskrank und unzurechnungsfähig. Er ist ein größenwahnsinniger, reizbarer Mensch, ein querulatorischer Paranoiker ohne jede Einsicht für das Unrecht seiner Tat und für die Rechtmäßigkeit seiner Bestrafung. Er „demütigte“ sich nie, und wie alle Querulanten fühlte er sich allenthalben benachteiligt und hatte eine ganz besondere Auffassung über das, „was ihm zukäme“.

Crothers (77) weist nach, daß die Ermordung des Präsidenten Lincoln die Tat eines geistesgestörten Trunksüchtigen gewesen ist. Schon der Vater des Mörders Booth, ein begabter Schauspieler, habe mehr getrunken als ihm gut gewesen sei, auch er schon wurde dadurch pathologisch, verwechselte Spiel und Wahrheit und führte auf der Bühne mit pathologischer Wut dramatische Szenen so realistisch durch, daß die Partner in Lebensgefahr gerieten. So war Booth der Sohn belastet, instabil, voller Stimmungsschwankungen, impulsiv und zu Trunkexzessen geneigt; später kam er sogar betrunken auf die Bühne und verwechselte manchmal die Rollen. Prinzipien kannte er nicht, wohl aber interessierte ihn alles, was theatralisch war, Aufsehen machte und seiner Eitelkeit schmeichelte; populär wollte er werden. Endlich wurde er von der Manie völlig besessen, den Präsidenten zu entführen oder zu töten. Dazu trank er sich Mut an und ermordete endlich Lincoln im Theater. Infolge seines durch Alkoholismus kranken Gehirns konnte Booth die Folgen seiner Tat gar nicht mehr absehen. — Irrsinnig war auch der Präsidentenmörder Gitteau und endlich auch Czolgos. Der gefährlichste Irre ist aber der Alkoholkranke durch seine Impulsivität, die sich plötzlich zweck- und ziellos Luft schafft. Hier nützt keine Bestrafung. Dann gibt es noch desequilibrierte Gehirne, die der Alkoholgenuß zu



Anarchisten, wütenden Agitatoren und wilden Reformern macht, Feiglinge, die nicht handeln, nur reden. Die Kneipen, die an jeder Straßenecke vorhanden, sie vor allem sind also die Werdestätten für permanente Manien und krankhafte Impulse.

Krauß (290) schildert die echt bäuerliche Genese eines Mordes an der Ehefrau eines Landwirts durch ihren Mann und unter Mitwirkung ihres Schwiegervaters. Die Hauptrolle spielten dabei Enttäuschung von Vater und Sohn über den mit der Ehe erstrebten Vermögenszuwachs. Dazu kam der Mangel jeglichen Verständnisses unter den Eheleuten zufolge des immer stärker werdenden Einflusses des Vaters, bitterster Haß dieses alten Bauern gegen die Schwiegertochter, in der er nur eine Zehrerin seines hart Erworbenen sah, und zur Gewohnheit gewordene Mißhandlungen der Frau durch die Mannsleute mit dem sehnlichsten Wunsche der Beseitigung dieser Frau. An eine Scheidung wird dabei nicht gedacht kraft der ehernen Macht bäuerlichen Herkommens und Glaubens: man läßt sich nicht scheiden im katholischen Frankenland und in der Enge des entlegenen Bauerndorfes; eher geht man darüber zugrunde, und ein Mord bildet den folgerichtigen Ausklang dieser bäuerlichen Ehetragödie. Vorher hat der Ratsschreiber für die mißhandelte, ihren gewaltsamen Tod voraussehende Frau nur den Trost: „Frau O., dann sterben sie als Opfer der Pflicht, wie der Soldat auf dem Feld der Ehre, und kommen warm in den Himmel.“ — Kalt, mißtrauisch wortkarg bleiben die Täter auch vor Gericht. Der Alte will, der Sohn solle alles auf sich nehmen, dann könne man nicht an das Gut, weil ihm der Vater ja noch nichts überschrieben. In Not und Tod hätte der Vater seinen Sohn geschickt, wenn er sich dadurch hätte sein Hab und Gut wahren können. Und für den Sohn gab es nur den Vater, den Herrn, dem alles, also auch er untertan. In diesem Verhalten, besonders dieser Härte des Vaters, liegt eine gewisse Artgröße, sagt Krauß. Erst als der Alte erfährt, der Prozeß mit seinen Kosten werde sein Besitztum aufzehren, erhängt er sich still in seiner Zelle. Der Sohn erhielt Zuchthausstrafe von 10 Jahren, er blieb wortkarg und verstockt.

Schwarze (509) schildert den Versuch einer zur Schwermut neigenden Mutter, sich und ihre Kinder zu vergiften. Nur grenzenlose Liebe zu ihren Kindern und die Sorge um deren Zukunft hatte sie zu diesem Schritte gedrängt. Ihre Zurechnungsfähigkeit wurde als in hohem Grade vermindert erklärt. Gefängnisstrafe von 3 Jahren.

Türkel (566) schildert eingehend den „Fall Hermann Hertzka“, der mit einem Komplizen ein Raubattentat während einer Automobilfahrt ausführte. Türkel möchte den Fall als ein selten schönes Beispiel einer Umwertung des Bewußtseinsinhaltes des Täters in egozentrischer Richtung aufgefaßt wissen. Obwohl Hertzka vom Sachverständigen nicht als geisteskrank, sondern nur als neurasthenisch begutachtet wurde, zeigt er doch viele psychopathische Züge. Er selbst suggerierte sich, der Gehetzte und Gequälte zu sein und meinte, sei er wirklich der Täter, dann müsse auf jene die Schuld fallen, die „es (sein „Künstlerherz“) so weit getrieben, so tief hinabgedrückt haben, daß es in der Finsternis um sich schlug, sich wehrte, weil es noch zu stark war und zu groß war, um ohne Wehr unterzugehen“. — Der bekannte Selbsttrost so vieler Minderwertiger!

Voß (582) nennt seine Arbeit „ein Sieg der Lüge“, „Beitrag zur Psychologie des Kindesmordes“. Eine Rabenmutter namens Hulst weiß den Verdacht der Ermordung ihres dreijährigen Kindes vorübergehend auf einen ihrer Liebhaber zu wälzen, und es gelingt ihr auch, dadurch die Geschehnisse so zu verdunkeln und prozessual schwierig zu gestalten, daß die Frau wegen



Mangels an Beweisen außer Verfolgung gesetzt wird. „Die Lüge hatte wieder einen Triumph errungen," sagt Voß. „Der Prozeßschematismus und der Respekt vor dem ‚Palladium der Freiheit' hatten vor ihr kapituliert. Eine erbärmliche Mordtat ist ungesühnt geblieben." — Die Verteidigung der Hulst sei typisch für Engelmacherinnen vom Schlage der 1905 in Hamburg hingerichteten Frau Wiese. Auch hier werde also die (noch dringend eingehender Bearbeitung bedürftige) Typik der Verteidigungsformen kriminell verfolgter Personen für die Erforschung der Schuldfrage wesentlich. Es sei zwar das Charakteristikum aller weiblichen Kapitalverbrecher — wenn es sich nicht gerade um Giftmord handele —, stets selbst im Hintergrunde zu bleiben und sich zur Ausführung der Tat der Hilfe eines gefügigen Mannes zu bedienen. Eine Ausnahme davon machten aber gerade die gewerbsmäßigen Kindermörderinnen; bei ihnen figuriere der Mann nur in der Verteidigung. Eine Ausnahme davon bildeten ferner auch die mütterlichen Kindermörderinnen, die ihr Kind beseitigten, um der Unzucht frönen zu können und sich einer lästigen Unterhaltspflicht zu entziehen. Die Frage nach einer psychologischen Notwendigkeit der Mitwirkung und Mitschuld eines Mannes müsse also in diesen Fällen von vornherein verneint werden.

An einigen Fällen will **Voß** (583) in die Psychologie des Gattenmordes einzudringen versuchen. Für erforderlich hält er dazu vor allem die gründliche Erforschung der Psychologie der Ehe. Dabei sei auszugehen von dem Erfahrungssatze, daß je enger zwei Menschen verschiedenen Geschlechts aneinandergeknüpft würden, um so drohender die Gefahr schwerer Konflikte sei, die man dann häufig noch der Öffentlichkeit zu verbergen versuche. Nicht Affekte, sondern die Leidenschaften (im Kantschen Sinne) seien dann die häufigsten Ursachen, den anderen Gatten aus dem Wege zu schaffen, und zwar nicht jede Leidenschaft, sondern ganz bestimmte, nämlich Haß, Eifersucht, Rachsucht, Habsucht, auch Freiheitsdrang. Der nunmehr geschilderte Fall von Gattenmord erscheint Referenten nicht dafür beweisend. Voß deutet hier die Tötung der Gattin als überlegte, mit Wutaffekt untermischte Tat. T. habe seine Ehefrau kaltblütig abgeschlachtet und hätte nicht nur wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgang, sondern wegen Mordes bestraft werden müssen. Nach der Schilderung handelt es sich aber um einen Daueraffekt, der endlich explosionsartig zum Ausbruch kam, so daß man dem Verfasser in seiner Psychologie nicht folgen kann.

Ein roher, chronischer Alkoholist heiratet eine durchaus psychopathische Frau, die nach Aussage der Ärzte an Manie, schwerer Hysterie, an epileptischen Dämmerzuständen, überhaupt an hystero-epileptischem Irresein leidet. Wie **Schütze** (508) richtig hervorhebt, war für beide die Ehe eine entsetzliche Leidenszeit. Auf ein auf geisteskranker Basis entstandenes Verlangen der Frau hin machen sich der Mann und die 73jährige Mutter der Frau gemeinsam daran, sie zu töten. Das gelingt ihnen erst nach Beibringung einer großen Anzahl gräßlicher Verletzungen innerhalb 5 Stunden unter Mithilfe der abzuschlachtenden Frau selbst. Mit unheimlicher Ruhe begeht der alkoholistisch depravierte Ehemann die entsetzliche Tat, er, den keine andere Idee beherrschte als: aus muß es sein, so geht es nicht weiter. Hatte er doch vor, sich nach der Tat selbst aufzuhängen. Für die Psychologie der alten, aber sich noch sehr gerieben verteidigenden Mutter findet Schütze keine genügende Deutung. Verurteilung des Mannes nach § 216 StGB. zu 5 Jahren, der Mutter wegen Beihilfe zu einem Jahr Gefängnis. Der Fall zeigt auch, wie viel schwerer es oft ist, einen Menschen umzubringen, als der Täter vorher gedacht hat.



Trénel (565) bespricht eingehend eine Reihe von Stichen im Musée de Blois, die einen Triumphzug der „mächtigen Dame Vérolle“ (Lustseuche?) und ein „Fest der Narren“, angeblich zur Zeit Heinrichs III., darstellen. Verfasser möchte die Bilder lieber in das Jahr 1539, „der heroischen Zeit der Geschichte der Syphilis“, datieren. Bei der zweiten Ausgabe des „Triumphzuges“ im Jahre 1540 erschien zugleich ein eigenartiges Werkchen mit dem Titel: „Das mit Knöpfen zu schließende Wams“, das vom mediko-historischen Standpunkte aus im höchsten Grade interessant ist, da es eine Menge klinische und therapeutische Mitteilungen und Winke enthält.

Churchman (67) schildert unter Beigabe entsprechender Abbildungen Velasquez als unerbittlich wahren Maler von Hofnarren, Zwergen und Idioten. „Velasquez sichtbare Welt war mit Krüppeln und närrischen Wesen bevölkert, ihm waren sie real, er malte sie, weil er mußte. Jedenfalls bedeuten seine Bilder in der Kunstgeschichte eine neue Ära“, und durch ihre realistische Treue sind sie auch noch wichtig für die medizinische Wissenschaft, und nicht nur vom künstlerischen Standpunkt, nein auch vom ärztlichen wird man diese Bilder mit lebhaftestem Interesse betrachten. Die Typen sind stupend herausgebracht.

Kahn (268) beschreibt recht lesenswert die Stellung Molières zu seiner Zeit, vor allem aber zu den Ärzten seiner Zeit, deren Stand er bekanntermaßen in seinen Stücken ja mit großer Bitterkeit angreift und herabsetzt. Eine Schilderung der Kämpfe der Ärzteschulen der damaligen Epoche untereinander (herrschende Ultraorthodoxe standen fortschrittlichen Ultraradikalen gegenüber) läßt Molières Spott verstehen und verzeihen. „Jedenfalls machte Molière seine Zeitgenossen denken“, sagt Kahn mit Rabelais. Furchtlos stand er allein im Kampfe mit verknöcherter Autorität. Sein Einfluß auf seine Zeitgenossen war groß; und so merken wir auch große Fortschritte der medizinischen Fakultät im Anfang des 18. Jahrhunderts. Wir sollten den Dichter also nicht als Feind der Medizin betrachten, sondern nur als Kritiker der Ignoranz und Intoleranz der ausübenden Ärzte seiner Zeit.

Sexualia. Perversitäten. Homosexualität.

Die illustrierte Sittengeschichte von **Fuchs** (161) ist ein eminent reichhaltiges Werk, es birgt in Bild und Wort eine erstaunliche Menge Material auch für den Kriminalanthropologen. Gehört doch die von Fuchs speziell behandelte geschlechtliche Moral, wie er in der Einleitung mit Recht hervorhebt, zu den wandelbarsten Teilen der allgemeinen Moralsatzungen. Diese ständige Umformung der sittlichen Anschauungen ist aber doch ganz bestimmten Gesetzen unterworfen, die wieder von der allgemeinen Gesellschaftsentwicklung abhängen, woraus nach Fuchs folgt, daß jedes Zeitalter seinen ihm eigentümlichen sittlichen Maßstab herausbildet. Die Verleugnung allgemein gültiger sittlicher Maßstäbe bedeutet dabei natürlich nicht das Leugnen der Wirkung sittlicher Triebkräfte in der Geschichte überhaupt. Fuchs hat sich nun die Aufgabe gestellt, die inneren Zusammenhänge zwischen den Faktoren aufzufinden, die das jeweilige sittliche Gebaren der Menschen formen und umwälzen. Er erreicht sein Ziel glänzend allein schon durch eine plastische Tatsachenschilderung, literarisch durch die Heranziehung von Nachrichten aller Art, Verordnungen, Verbote, Sittenmandate, Schilderung von Gebräuchen, Spielen und Festen, von Gedichten, Schwänken, Erzählungen, Schauspielen usw. der jeweilig zu untersuchenden Epoche, künstlerisch aber durch ein köstliches Material zeitgenössisch bildlicher Darstellungen, durch Benutzung von Buchillustration, fliegendem Blatt, Modebild, Porträt wissen-



schaftlicher zeichnerischer Darstellung, vor allem aber vom Sittenbild, nicht zuletzt auch durch Beachtung der Karikatur der betreffenden Zeit, da die Karikatur wohl zu übertreiben, jedoch dabei in ihrer Weise auf eine wirkliche Tatsache besonders deutlich hinzuweisen pflegt. Durch alle diese zeitgenössischen Dokumente hat sich eigentlich jede Epoche ihre Sittengeschichte selbst geschrieben. Das spezielle Menschentum, das dahinter steckt, gilt es zu deuten, und zu dieser Aufgabe war Fuchs einer der allerberufensten. Das Werk ist so reichhaltig, daß es die Fesseln eines Referates sprengen würde. Man muß es selbst anschauen und lesen, und jeder wird bereichert von dem Studium dieses Werkes scheiden.

Der 2. Band der „Illustrierten Sittengeschichte" behandelt „Die galante Zeit", die Zeit des Ancien Regime, die Zeit des Rokokko, des absolutistischen Regiments mit seiner verfeinerten Sinnenfreude der herrschenden Adelskaste, seiner galanten sinnlichen Spielerei und seiner galanten, überfeinerten und doch so sinnlichen Kunst.

Das hohe Lied vom Weibe singt auf seine Weise in Schelmentonart **Fuchs** (160) ferner in dem Werke „Die Frau in der Karikatur". Auch hier bei diesem dankbaren, nie zu Ende zu führenden Thema eine Fülle von Stoff in Wort und Bild für den Kulturforscher, für den Psychologen und auch den Kriminalanthropologen. Erinnert sei nur an das Kapitel: Im Dienste der Frau Venus, die Prostitution. Ausgangspunkt aller seiner Betrachtungen ist bei Fuchs allerdings etwas einseitig die sogenannte „materialistische Weltanschauung". Da das Betrachtungsprinzip aber konsequent und geistvoll durchgeführt wird, gewinnt die Gruppierung des unendlichen Stoffes dadurch nur an Übersichtlichkeit, und es konnte so auch wissenschaftlich einheitlich bewältigt werden, was sonst jeder Begrenzung zu spotten schien. So sind die Bücher von Fuchs Werke geworden, um die das Ausland uns beneiden wird. Wird auch der Kriminalanthropologe so manchmal andere Deutungen finden für gewisse Seiten der Sittengeschichte, als sie Fuchs in Umrissen uns gibt, das von Fuchs gesammelte Material bleibt doch deswegen das gleiche, unendlich wertvolle, und seine Darstellung des Stoffes eine glänzende und überaus anregende Arbeit, die unsere Einsicht in das Menschliche, Allzumenschliche, nicht zuletzt in das ewig Weibliche bereichert und vertieft.

Hahn (200) gibt eine lesenswerte allgemeine Einführung in das Gebiet der Sexualität.

Rohleder (459) bringt eine eingehende Monographie über die Zeugung beim Menschen, legt u. a. auch die Physiologie des Koitus genau dar. Das größte Kapitel behandelt die künstliche Befruchtung, die nicht nur für manche Fälle als erlaubt, ja sogar als notwendig bezeichnet wird.

Flesch (142) macht auf die Erektionen des Säuglings aufmerksam, die nur ein einleitendes Moment der Urinentleerung darstelle. Die Erektion des Säuglings sei also ein Ausdruck der ursprünglichen Zusammenhängigkeit des uropoetischen mit dem Genitalapparate. Mit sexuellen Vorgängen hätten diese Erscheinungen absolut nichts zu tun.

Scheuer (489) skizziert kurz die Geschichte des Tanzes und zeigt dabei, daß der Tanz niemals etwas anderes war und ist als in stilisierte Rhythmik umgesetzte Erotik: Buhlen, Werben, Weigern, Versprechen und Erfüllen. Weil er die in stylisierte Bewegung umgesetzte Rhythmik der geschlechtlichen Erfüllung selbst sei, deshalb habe es auch niemals einen gefährlicheren Kuppler und Verführer als den Tanz gegeben; und darum erschlössen sich auch weiter beim Tanz der Wollust die kühnsten Phantasien.

Nach **Scheuer** (490) gehört der Kuß zu den Präliminarien des Geschlechtsaktes. Ganz normalerweise sind die Lippen eine sog. erogene Zone,

d. h. eine Stelle, deren Reizung reflektorische Kongestionen nach den Genitalien und erotische Ideen erzeugt. Besonders trägt aber auch die Nase starke erogene Eigenschaften sehr deutlich zur Schau. Ihre Schleimhaut benimmt sich direkt wie ein Genitale. So hat sich der Lippen- als auch der Nasenkuß aus dem reinen Tastgefühl abgezweigt. Beide entstanden durch das angenehme Gefühl, das ihnen eigen ist: als angenehm wurde es vom Gebenden wie vom Empfangenden empfunden und daher als Belohnung, Zeichen der Anhänglichkeit und der Auszeichnung gegeben. Nasengruß, Mundkuß, Fuß- und Handkuß sind also gar nicht so grundverschiedene Sitten, wie man bisher meinte. Sie wurzeln alle gemeinsam in der Sexualsphäre.

Stechow (532) untersucht die Funktion, Bedeutung und phylogenetische Entstehung des Hymens. Er hebt hervor, daß Andeutungen ähnlicher mehr oder minder dauernder Vaginalverschlüsse überhaupt unter den höheren Säugetieren weit verbreitet seien als Überreste von Hautfalten zum Schutze der Geschlechtsöffnung vor Benässung, als in der Ahnenreihe der Urin noch durch die durchbohrte Klitoris seinen Abfluß fand. Das menschliche Hymen ist also offenbar nichts anderes als das Rudiment eines derartigen Scheidenverschlusses aus den früheren Zeiten der Stammesentwicklung. Von einem Willen der Natur zur Kennzeichnung der weiblichen Unberührtheit kann so von vornherein keine Rede sein. „Wie anders würden sich die Auffassungen über den Wert der Unberührtheit speziell für das Weib bei uns in Europa gestaltet haben," ruft er aus, „wenn, was stammesgeschichtlich ebensogut denkbar wäre, dieses rudimentäre, völlig unnütze Organ beim Menschen völlig fehlte!"

Fuld (163) zeigt, daß nach geltendem deutschen Recht weibliche Geschlechtsehre und Jungfräulichkeit wohl miteinander zusammenfallen können und vielfach auch miteinander zusammen fallen. Der Mangel der physischen Jungfräulichkeit komme aber nur als das die sittliche „Bescholtenheit" beweisende Moment in Betracht. In § 182 StrGB. „unbescholten" durch „jungfräulich" zu ersetzen, oder an Stelle der Unbescholtenheit die Unerfahrenheit zu nennen, hält Verfasser nicht für gut. In Gesetz und Leben komme hier nicht die physiologische Seite der Sache in Betracht, sondern die sozial psychologische, und da habe sich der Begriff der „Unbescholtenheit" durchaus bewährt.

Aus dem Materiale der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Genua berechnet **Ciulla** (68) die Dauer einer Schwangerschaft (im Verhältnis zur Gesamtzahl der Schwangerschaften) über 300 Tage mit 4,5 %, über 310 Tage mit 1,89 % und über 320 Tage mit 0,55 %. Die längste Schwangerschaft dauerte 353 Tage. Das deutsche BGB. betrachtet ein Kind als legitim, welches nicht später als 302 Tage nach dem Tode des Erzeugers zur Welt kommt, hat aber noch eine weitergehende Sicherungsklausel (Eid). Gesetze anderer Länder sind noch ungünstiger. Da ihre zahlenmäßige Umgrenzung geeignet ist, die Ehre unbescholtener Frauen und das Schicksal unschuldiger Kinder zu zerstören, sind alle heutigen die Schwangerschaftsdauer betreffenden, gesetzlichen Bestimmungen abänderungsbedürftig.

Pfeiffer (430) behandelt in seiner Arbeit die Hygiene der Eheschließung und empfiehlt als Ideal eine staatlich geforderte und unterstützte Überwachung jener, welche im Begriffe sind, eine Ehe zu schließen, und eine strikte Zurückweisung bzw. Ausschaltung solcher Elemente, die dafür als ungeeignet anerkannt werden. Bestrafung nach dem Fahrlässigkeitsparagraphen hätte einzutreten in Fällen offenkundiger und wissentlicher Übertragung von Geschlechtskrankheiten, ja vielleicht auch schon bei Vererbung von Krank-



heiten, von denen die Erzeuger zur Zeit der Zeugung wissentlich befallen waren, und deren Vererbbarkeit sie kennen mußten. Mindestens verspricht sich Verfasser von alledem einen großen erzieherischen Wert. Ganz eheuntaugliche Elemente würden vielleicht schon von selbst resignieren. Es bestände dann natürlich die Gefahr eines starken Rückganges der Eheschließungen und damit der ehelichen Geburten und ein Ansteigen der Ziffer unehelicher Geburten. Immerhin würden die eheuntauglich Befundenen im außerehelichen Verkehr doch wenigstens meist darauf bedacht sein, Kindersegen zu verhüten. Auch hier könne die Drohung mit dem Fahrlässigkeitsparagraphen nachhelfen. Jeder Ehewerber müsse also vor ein Kollegium, könne aber eventuell noch an eine spezialistische oder Universitätsautorität appellieren (und die Kosten? D. R.). Das Eheverbot könne als zeitliches (bis Heilung) oder dauerndes ausgesprochen werden. Nachweis eines Existenzminimums könne vielleicht aus sozial-rassenhygienischen Gründen noch dazu gefordert werden. Dauernde Abweisung begründe u. a.: Schwere familiäre Belastung auf physischem oder nervösem Gebiet, alle schweren Formen des Alkoholismus und Morphinismus, Tuberkulose, Gewohnheitsverbrechen, insofern sie auf Basis psychischer Defekte sich entwickelt haben, sowie die schweren Formen der Geschlechtskrankheiten. Heute schon sollten soziale Vereine die Idee des „ärztlichen Ehebeirats", überhaupt der Hygiene der Eheschließung unter das Volk tragen, und es müsse mit dem schon vorhandenen „Fahrlässigkeitsparagraphen" wenigstens den gröbsten Formen „sexueller Fahrlässigkeit" entgegengetreten werden.

Die „moderne" Ehe ist charakterisiert durch die rasche Geneigtheit der Gatten zu einer Scheidung oder wenigstens zum Auseinandergehen. Die früher sehr festen Bande der Ehe sind stark gelockert. Die Frauenbewegung von heute will Gleichstellung mit dem Mann, wie sie sie versteht. Sie beneidet den Mann um seine Rechte, ohne zugleich an seine schweren Pflichten zu denken. (?) Unsere Damen (!) sind müde ihres Geschlechtes, empören sich gegen die Gesetze der Natur, die ihnen dieses Geschlecht verliehen hat, und sind blind gegen die Privilegien, die sich daran in physischer, moralischer und sozialer Hinsicht knüpfen. Die moderne Ehe „ist ein künstlich konstruiertes Gebilde, entstanden aus der Laune überspannter Frauen". Die Gleichberechtigung sei unmöglich, weil die Gleichverpflichtung unmöglich sei. Diese falsche Bewertung weiblicher Eigenart durch die Frau sei offenbar die Ursache der „modernen" Ehe, und diese Disharmonie sei wieder die Schuld der modernen Frau und derer, die ihre verschrobenen Ideen züchteten und nährten. **Lipa Bey** (320) scheint leider nur eine „Damenfrage" zu kennen, aber nicht die wirklich „moderne" Frauenfrage.

Lipa Bey (321) meditiert: „Liebe ist Schönheit, Ehe ist Wahrheit. Wie selten ist die Schönheit wahr! Um wieviel seltener noch die Wahrheit schön!"

Der **anonyme** (10) Verf. befürwortet eine Zentralstelle für „bewußt suchende" Ehekandidaten, die an diese Stelle eine Selbstbiographie einsenden möchten, worin sie auch zu erkennen gäben, welcher Art die ihnen vorschwebende Ergänzung ihres Selbst sei; daneben seien die wirtschaftlichen Daten mit einem Kennwort nur zur Kenntnis der Zentralstelle selbst zu geben. Entsprechender Biographienaustausch würde dann nützliche Auslesemöglichkeiten ergeben.

Goeckel (176) zeigt, daß im Mittelalter bis weit in die Neuzeit hinein die Lehre vom künstlichen Abort und von der Perforation unter der Herrschaft der Kirche gestanden haben. Erst seit ungefähr vier Dezennien tritt die Wertschätzung der ungeborenen Frucht hinter die Sorge um das mütter-



liche Leben zurück, und die Rücksichtnahme auf die Gesunderhaltung der Mutter ist gar erst eine Errungenschaft der letzten Jahre.

Näcke: „Kleine Mitteilungen", Groß' Archiv, Aprilheft. In diesem Heft bespricht **Näcke** (401) die (in praxi heute kaum zu lösende) Frage: „Ist ein bestimmtes Sperma befruchtungsfähig oder nicht?" im Anschluß an die Arbeit Fürbringers: Zur Würdigung der Spermabefunde für die Diagnose der männlichen Sterilität. Berlin. Klinische Wochenschrift, 1910, Nr. 43.

Ferner: „Verkehrung des Mutterinstinktes bei Tieren" (Vorsicht bei dieser Diagnose!) im Anschluß an Tur: Sur la perversion de l'instinct maternel. Bulletin scientifique de la France et de la Belgique, 1909, referiert im Bulletin mensuel de l'Institut de Sociologie, 1910, 20.

Ferner: „Die nackte Frau als Vertreiberin der Dämonen" im Anschluß an eine Bemerkung in dem Aufsatze Wiedemanns über „die Amulette der alten Ägypter" (Der Alte Orient, 12. Jahrgang, Heft I, 1910).

Weiterhin äußert Näcke sich über das Unwesen der Masseusen nach einem Artikel der „Großen Glocke" vom 7. September 1910. (Massageankündigung ist öfter nur Deckmantel für Anbietungen pervers-sexueller Handlungen, vor allem sadistischer und masochistischer Art.)

„Syphilis als angebliche Ursache von Homosexualität" wird von Näcke gegen Boas bestritten. „Eheverbote und Kastration aus sozialen Gründen" werden gegen Fehlinger wieder verteidigt. Die „Rolle des Geruchs im Philtrum" wird trotz entgegenstehender Beispiele in Höflers Aufsatz über: Gebildbrote der Faschings-, Fastnachts- und Fastenzeit: Zeitschrift für österreichische Volkskunde, Suppl.-Heft V (zu Bd. XIV), Wien 1908, als sehr gering eingeschätzt; ferner wird eine Warnung ausgesprochen, vor „überschneller Annahme von Sadismus und Masochismus" Exaltationen übergroßer Liebe gegenüber, wie sie z. B. oft in Romanen geschildert werde. Die in Steckels Schrift: Dichtung und Neurose (Wiesbaden 1909) hervorgehobenen „verdrängten Inzestgedanken als angebliche Ursache der Homosexualität" werden energisch als tolle Phantastereien bezeichnet und — im Anschluß an eine Revision der Bilzschen Naturheilanstalt bekannt gewordene merkwürdige hygienische und sittliche Zustände dort — werden „Naturheilanstalten als sexuelle Reizanstalten" als Gelegenheitsort für psychische Onanie usw. kurz besprochen.

Das Problem des Nutzens oder Schadens der Enthaltsamkeit bedarf zu seiner Lösung einer Untersuchung im Rahmen des gesamten Organismusbetriebes. **Bachmann** (18) nimmt diese Untersuchung in skizzenhafter Weise in Angriff und vergleicht die geschlechtliche Betätigung mit der fördernden Säftereinigung, die eine kleine Blutentziehung zu bewirken pflege. Die europäische Kultur habe nun im großen ganzen zu einer Verkümmerung der gesunden Geschlechtlichkeit mit ihren wohltätigen Folgen geführt. Schuld daran sei die allmählich impotent machende Wirkung des Fleisches und Bieres, durch dessen übermäßigen Konsum der deutsche Bierphilister eine Art von unbewußter Selbstkastration vornehme, welche „seinem trägen Temperamente und seiner schwerfälligen, für den Minnedienst nicht recht empfänglichen Lebensauffassung fromme". Nichts beweise so sehr den Abfall von der Natur und die Reformbedürftigkeit unserer gesamten Lebensführung als unser unsäglich trauriges, der Erzeugung einer kräftigen, gesunden, schönen und charaktervollen Menschheit gänzlich widersprechendes gegenwärtiges Geschlechtsleben. Allerdings lägen die Geschlechtskrankheiten wie ein eiserner Druck auf der modernen Welt und hätten im Laufe der Jahrhunderte unsere Kulturverhältnisse gewiß mehr beeinflußt, als mancher glaube. Dazu liefen auch wohl unsere heutigen Sitten und Ehegesetze den biologischen



Erfordernissen, einem gesunden Geschlechtsinstinkte nur zu sehr zuwider. Reformen sind unbedingt nötig.

Kafemann (267) gibt in der Hauptsache die Anschauungen Marcuses über die gesundheitlichen Gefahren der sexuellen Abstinenz wieder, die dieser in einer Monographie im Verlag von J. A. Barth in Leipzig 1910 eingehend besprochen hatte. Mit Marcuse kommt er zu dem Schlusse, daß die Behauptung, die Abstinenz sei unter allen Umständen unschädlich, eine irrige und unwissenschaftliche sei, wobei aber die hohe Bedeutung einer relativen Abstinenz, der Erzeugerin vieler und unschätzbarer Werte, nicht verkannt werden solle.

Kaprolat (269) hat die eingegangenen Antworten auf eine Rundfrage an die Vorstände und Trainingleiter von Sportklubs aller Art über den Zusammenhang zwischen Sport und Sexualität (vor allem: Libido und sexuelle Abstinenz) verarbeitet. Auf 164 versandte Fragebogen waren 61 Antworten eingelaufen. Das Resultat ist widerspruchsvoll. Wertvoll sind eingehendere Zuschriften von acht Sportleuten, die sich über ihre persönlichen Erfahrungen ausließen. Diese Erfahrungen sind aber individuell so verschieden, daß es zu weit führen würde, sie hier wiederzugeben. Sport, besonders geregelter Training, scheinen eine Abnahme der Libido herbeizuführen, diese Abnahme hält aber meist nicht an, eher zeigt sich nach dem Training eine Steigerung. Man sieht, die so oft behauptete und empfohlene sexuelle Ablenkung durch Sport usw. ist durchaus noch nicht einwandfrei nachgewiesen.

Näcke (391) hält die sexuelle Abstinenz meist für ungefährlich; die Natur helfe sich durch Pollutionen. Nur bei starker Libido nervöser oder belasteter Leute könnten Schädigungen auftreten (allerdings nie Psychosen), doch sei auch da die Abstinenz wohl nur eine Mitursache. Immerhin würde man in diesen relativ wenigen Ausnahmefällen sexuellen Verkehr mit den nötigen Kautelen gegen Ansteckung als ultima ratio wohl anraten dürfen.

Eulenburg (113) zieht in seine Betrachtung über etwaige Schädigungen der Abstinenz auch die oft vernachlässigte Seite der Abstinenz beim weiblichen Geschlecht mit hinein. Für die eigentlichen Jahre des Pubertätsüberganges (Jahre vom „Frühlingserwachen") hält er die Abstinenzfrage für irrelevant. Akut werde die Frage erst für die der Pubertät folgenden Jahre etwa zwischen 16 und 24. Verf. beantwortet die Frage, ob und in welchem Umfange seitens der männlichen Jugend dieser Altersstufe dann eine sexuelle Abstinenz tatsächlich geübt werde; seine interessanten Zahlen lassen ihn zu dem bezeichnenden Schlusse kommen, daß da im großen und ganzen von einer tatsächlichen Einhaltung sexueller Abstinenz nicht die Rede sein könne, daß eine solche vielmehr in diesem Alter zu den seltensten Ausnahmefällen gezählt werden müsse. Verführung durch andere und gleichzeitiger Alkoholgenuß sei meist die Ursache dieses Resultates. Für dieses Alter treffe aber die Besorgnis von vermeintlicher Gesundheitsschädigung als Folgen sexueller Abstinenz im allgemeinen gar nicht zu. Ausnahmen gelten allerdings für pathologisch veranlagte oder bereits in ersichtlicher Weise nervös erkrankte Individuen. Je mehr man sich ferner dem Alter der Vollreife nähere, desto mehr träten ganz andere Verhältnisse ein, die bei der Beurteilung der sexuellen Abstinenz und ihren gesundheitlichen Folgen ganz andere Maßstäbe ergeben müßten.

Wir sind zur Untertanendemut erzogen und erschrecken über uns selbst, wenn wir uns bei einem Willen ertappen, sagt **Gurlitt** (193). „Unsere Erziehung war mehr auf Willensbändigung abgesehen als auf Willensbildung. Dadurch bekam unsere ganze Erziehung asketischen Geist." In England dagegen benutze man schon seit vielen Menschenaltern den leidenschaftlichen Spieltrieb der Jugend als wirksamsten Hebel der Willensbildung. Hierin



müßten auch die Deutschen England mehr nacheifern. Ferner müsse man auch Schaffung früherer Ehemöglichkeiten erstreben. Der heutige Zustand sei ungesund und unerträglich. Die Männer der besseren Stände heirateten zwischen 30 und 50 Jahren, die Hälfte aller Mädchen der oberen Gesellschaftsschicht bleibe ledig.

„Kein anderer Körperteil ist so vielen Eingriffen in seinem anatomischen Bau, so vielen Beeinträchtigungen seiner Funktion ausgesetzt," sagt **Hegar** (212), „als der Sexualapparat." Die merkwürdigsten Motive geben dazu den Anlaß, bei der Kastration der katholischen Kirchensänger sogar ein ästhetisches Motiv, bei der Kastration von Tieren, Kühen oder Hengsten, um mehr Milch zu erhalten oder die Hengste arbeitsgefügiger zu machen, ökonomische Motive. Aus allerhand Motiven wurde der Trieb zum geschlechtlichen Verkehr teils freiwillig, teils gewaltsam unterdrückt (religiöse, soziale, kriminalistische und eugenische Motive). Die weiteste Verbreitung hätten aber heutzutage die Maßnahmen gewonnen, welche die Fortpflanzung verhüteten, während der geschlechtliche Verkehr beibehalten werden könne. Besonders hier spiele die soziale Indikation eine hervorragende Rolle, Verf. spricht sich über ihre Bewertung nicht deutlich aus, doch hat es den Anschein, als ob er nicht besonders viel von ihr hielte.

Aus der Abstufung des sexuellen Traumbildes mit dabei stattfindender Pollution glaubt **Porosz** (439) die mehr oder weniger geringe Größe einer bestehenden Prostataatonie diagnostizieren zu können. Der mangelhafte Mechanismus der Prostataatonie erkläre vieles; von der Widerstandsfähigkeit des die Samenblase verschließenden Sphincter spermaticus (wie Porosz dieses Organ benannt hat) hinge es ab, ob die Pollutionen rasch oder langsam oder gar nicht einträten. Diesen Empfindungsreizen passe sich das Traumbild an. Nicht die sexuellen Träume seien an den häufigen Pollutionen schuld, sie seien nur die Begleiterscheinungen, — sowie die hochgradige Erregung vor dem Koitus an der raschen Ejakulation nicht schuld sei, sondern ein Symptom der Prostataatonie bedeute. Die unmittelbare Ursache sei in beiden Fällen die gesteigerte, leicht auslösbare Libido. Bei geheilter Prostataatonie werde wie beim Normalen eine Koitussituation bis zu Ende geträumt ohne dabei erfolgende Pollution. Man könne also durch Analysieren einiger sexueller Träume den sexuellen Zustand der Patienten, auch der zurückhaltenden, vollkommen kennen lernen.

„Die krankhafte Korruption, wie wir Neuropathologen sie verstehen, besteht", so sagt **Mingazini** (379) „in allen jenen Mitteln, die künstlich geschlechtliche Impulse hervorrufen". Er hebt als solche Mittel gewisse Theater- und Tanzvorstellungen und die moderne Romanliteratur hervor und behauptet, daß man schwerlich in unserer Zeit ein raffinierteres System hätte organisieren können, um die Sexualität in ununterbrochener Erregung zu erhalten. Die physische und moralische Degeneration der Jugend durch vorzeitige künstliche sexuelle Reize sei der eigentliche Grund der Zunahme der Halbimpotenten, jener „Treibhausblüten", die in der Ehe versagten und ihre Gattinnen unglücklich machten.

Michaelis (374) kritisiert vor allem den § 184 Ziff. 3 der sog. lex Heintze und seine Interpretation durch das Reichsgericht. Die Sorge um die Volksgesundheit, der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und in begrenzter Weise neomalthusianistische Bestrebungen müßten eine Änderung des Gesetzestextes wünschenswert erscheinen lassen. Es dürfte genügen, wenn bestraft wird: „wer durch öffentliches Ausstellen, Ankündigen oder Anpreisen von Schutzmitteln oder anderen Gegenständen, die zum Gebrauche beim Geschlechtsverkehr bestimmt sind, das Schamgefühl verletzt."



Nicht dadurch kann eine wirkliche Erhöhung des ganzen Geschlechtslebens herbeigeführt werden, meint **Meyer** (369) gegen Henriette Geerling (Juniheft 1910), daß ein kleiner exklusiver Kreis über diejenigen, die „sich zu seiner Höhe nicht erheben können", hochmütig den Stab bricht. Man muß im Gegenteil die Masse heben, sie lehren, — ohne irgendwelche Rücksicht auf äußerliche Formen — nach dem Grade der Seelengemeinschaft zu taxieren, die zu einer sexuellen Gemeinschaft geführt hat. Selbst eine Veredelung des Prostitutionsverkehrs ist möglich und erstrebenswert, insoweit auch da die Möglichkeit zur Anknüpfung einer persönlich gefärbten Beziehung gegeben ist. Ein solcher Weg wird im höchsten Sinne sozial sein gegenüber der antisozialen Verfemung einer H. Geerling.

Nach **Fehlinger** (127) zeigt die dem britischen Parlament vorgelegte Prevention of Immorality Bill, wie magisch noch der Einfluß der englischen Geistlichkeit auf das Volk ist, und wie sehr dieser Einfluß die Prüderie fortwährend steigert. Wird der Entwurf Gesetz, und zwar nicht nur auf dem Papier, so müssen sich in kürzester Zeit die Gefängnisse mit „Sittlichkeitsverbrechern" füllen. Namentlich die Hinaufsetzung des „Schutzalters" auf 19 Jahre ist ungerechtfertigt. Sie würde bewirken, daß das Heiratsalter noch weiter hinausgerückt und die Geburtenzahl noch kleiner wird, daß Nervosität, Masturbation usw. unmäßig zunehmen und recht viele Menschen tief unglücklich gemacht werden.

Loewenfeld (326) kritisiert die Freudschen Ansichten über die kindliche Sexualität und findet, daß man die Freudschen Annahmen zurzeit ebensowenig als völlig haltlos wie als begründet bezeichnen könne. Sicher könne man schon bei so manchem Kinde eine individuelle sexuelle Konstitution nachweisen; nur bei solchem Kinde könne unter Umständen das „Ludeln" eine sexuelle Miterregung auslösen. Jedenfalls sei Ludeln und Ludeln zweierlei. Frühkindliche Masturbation sei keineswegs häufig. Der Zeige- und Schautrieb sowie die kindliche Grausamkeit sei bei weitem nicht immer sexuell. Freuds Tatsachen seien also nicht genügend gestützt. Wohl aber sei sein Gedanke richtig, daß das Sexualleben normalerweise nicht erst mit der Pubertät beginne, sondern meist weit früher. Auch die sog. Anal- bzw. Urethralerotik, ja sogar den „Ödipuskomplex" weist Loewenfeld nicht ganz von der Hand, wenn er auch die Übertreibungen der Freudschen Schule stark eingeschränkt wissen will. Sexuelle Aufklärung sei vor allem durch die Mutter nötig, damit eine sachgemäße, sorgfältige Überwachung durch sie statthaben könne.

Ein $3^1/_2$ jähriges Mädchen will immer wieder die Geschichte hören, wie die Ente (sie sagt dafür „Frau") die Jungen ausbrütet: „Ach wie die kleinen Kinder herauskommen, das gelüstet mich so." Nach einer Pause sagt sie: „Ich habe geträumt heute nacht, wie der Suppenkaspar (aus Struwwelpeter) in den Abtritt gefallen ist." **Bleuler** (39) findet hier deutliches Erwachen sexueller Assoziationen, die an kindlichen Symbolen ihren Ausdruck finden.

Major (344) will an der Hand einiger, in vielem recht interessanter Fälle zeigen, wie man bei übererregten Kindern verhältnismäßig schnell die Sexualgefühle herabsetzen kann. Die Lehren, die er aus seinen Beispielen zieht, sind kurz folgende: Dulde nie aufdringliche Liebkosungen und Zärtlichkeiten deiner Kinder, lenke solche Liebesbezeugungen beizeiten in richtige Bahnen, ehe das Kind mit Überlegung handelt. Achte auf das Personal, damit dasselbe in dieser Richtung nichts verdirbt. Kontrolliere das Personal immer wieder, sieh zu, daß es sittlich einwandfrei ist. Laß nie dein Kind unbeaufsichtigt, vor allem nicht mit fremden Kindern; lerne selbst seine



Gespielen kennen. Laß dein Kind nie unbeschäftigt, sorge für richtige Spiele und lenke dabei beizeiten den Spieltrieb zur geregelten Arbeit hin. Laß die Phantasie durch unzweckmäßige Lektüre, durch Theaterbesuche usw. keine falsche Richtung nehmen. Ablenkung führt fast immer zum Ziele. Brich nicht den Willen des Kindes, stärke ihn zum Wollen des Guten und biege ihn sorgsam ab dem Schlechten gegenüber. Nicht intellektuelle Schulung —, praktisches Arbeiten ist die Hauptsache, körperliche Betätigung das vorzüglichste Heilmittel.

Ein 7 Jahre altes Mädchen beschreibt, so berichtet **Eckstein** (102), eingehend teilweise sicher völlig erfundene geschlechtliche Szenen, die ein 72 Jahre alter Mann mit ihr vorgenommen haben soll.

Ein von hohen Zielen beseeltes, aber etwas pathetisch wirkendes Schriftchen von **Böhme** (48), in dem Eltern und Lehrer auf die Pubertätskrisen der Insassen höherer Knabenschulen hingewiesen werden, auf die Zeit vom 14.—25. Jahre, in der vielen Schülern der dauernde Widerspruch zwischen Können und Sollen, zwischen Schein und Wirklichkeit zum Verhängnis werde. Die Ziele des Verfassers sind: Das Erwachen des sexuellen Triebes möglichst lange hinauszuschieben, den erwachenden Trieb nach Möglichkeit zu zügeln und den angerichteten Schaden bald und gründlich zu heilen. Mittel dazu weiß auch er keine neuen. Gut ist, daß er die Schule nicht nur als Unterrichtsanstalt, sondern als Erziehungsanstalt angesehen wissen will. Dazu braucht man aber ganz anders vorgebildete Lehrer, als wie man sie heute meist findet.

Lilienthal (317) glaubt, daß der normale Typus des schüchternen Jünglings und auch der keuschen „alten Jungfer" immer mehr verschwindet. Die sexuelle Schüchternheit, die ja nur nach innen geschlagene Erotik ist, wird immer seltener. Verfasser hofft, daß sich aus dieser größeren Ungeniertheit ein unbefangenerer Verkehr zwischen den jungen Leuten beider Geschlechter entwickeln werde, damit man auf den Typus des schüchternen Jünglings werde verzichten können, ohne daß dadurch nun das junge Mädchen seinen Unverschämtheiten ausgesetzt sein werde. Die modegewordenen pikant lüsternen Sexualgespräche allerdings auf angeblich wissenschaftlicher Grundlage zwischen den beiden Geschlechtern hält er für abscheulich und unterdrückungswürdig.

Lilienthal (318) entrüstet sich über „die Schattierung der sexuellen Bekennerin, der das Bekennen des Nie- oder Halbgefühlten Selbstzweck ist, und die aus dem Bekennen sexueller Empfindungen einen Beruf, aus ihrer Verbitterung eine Pflicht und aus ihren Enttäuschungen einen Vortrag macht". Sie sei eine geistige Prostituierte niedrigster Gattung, die mit der sich physisch Prostituierenden die völlige Unfruchtbarkeit gemein habe.

Nach Ike **Spier** (529) ist die Koedukation in Amerika auf dem Rückzug. Sie hat sich angeblich nicht bewährt, und es gibt in vielen Städten Elternvereinigungen, die dagegen Front machen. Die Entwicklung der geistigen Anlagen der Geschlechter sei zu ungleich, bei den Mädchen vor der Pubertät schneller als bei den Knaben, nach der Pubertät langsamer. „Flirten" und „spoonen" hindert am Lernen. Die Mädchen werden frech, herzlos, oberflächlich. So züchtet die Koedukation und das ewige Hervorheben der Ladystellung, der Ladydienst im Yankeelande, einen berechnenden Charakter der Frauen und hat ihnen — infolge physiologisch wohl geringerer Begehrlichkeit, die aber einmal geweckt desto heißer emporschlägt, — eine deletäre Macht gegeben, die sich in frühen, übereilten Heiraten, Ehebrüchen, Blitzehescheidungen, Verflachung der geistigen und künstlerischen Produktion und dergleichen äußert, von der sexuellen Moral zu schweigen. Der Servilismus vor der Frau und deswegen auch die Koedukation muß fallen.

Menzler (366) meint, daß vorerst einmal diejenige ledige Mutter zu ganz anderen Ansprüchen berechtigt erscheint, die im gerechtfertigten Vertrauen auf künftige Eheschließung mit einem Manne geschlechtlich verkehrt, die Verlobte, zumal in Kreisen, wo der Geschlechtsverkehr zwischen Verlobten durchaus gang und gäbe ist. Das Kind müßte dann völlig die (rechtliche) Stellung eines ehelichen haben mit entsprechendem Unterhaltsanspruch und Erbrecht. Allerdings müßte über das vollzogene Verlöbnis ein bestimmter Nachweis verlangt werden. Dazu müßten unsere Standesämter auch ein Register für Verlöbnisse führen. Verfasser formuliert nun diesbezügliche neue Paragraphen, durch die das Gesetz über die Beurkundung des Personenstandes zu erweitern sein würde. Er schließt: „Wenn es gelingen würde, den Kindern von Verlobten und der Verlobten, die Mutter ward, die vorgeschlagenen Rechtsvorteile zu verschaffen, dann würden wir nicht nur einen großen Schritt in der Fürsorge für uneheliche Kinder und ledige Mütter weitergekommen sein, sondern könnten auch der Frage eines Eheverbotes für kranke Menschen nähertreten, ohne uns in dem Maße wie jetzt von Rücksichten auf verlobte Mütter und deren Kind zurückschrecken lassen zu müssen."

Homburger (240) ist bei aller Fortschrittlichkeit des Vorentwurfs zu einem neuen Strafgesetzbuch enttäuscht über die nur geringe Anzahl von Neuerungen auf sozialstrafrechtlichem Gebiet. Die Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Vernichtung der Schundliteratur, einer modernen Sanierung der Prostitution sei gar nicht darin gestreift. Das neue norwegische Strafgesetzbuch zeige sich da viel fortgeschrittener. Verfasser beschäftigt sich dann mit der relativen Wirkungslosigkeit der Strafmaßnahmen bezüglich der Verbrechen gegen das keimende Leben, deren Quelle: die doppelte Moral, durch die Bestrafung sicher nicht verstopft würde. Er erzählt zur Illustration den Schurkenstreich eines Studenten, der, um sich auf jeden Fall der Unterhaltspflicht gegen das zu erwartende Kind seiner Geliebten zu entziehen, einen seiner Freunde veranlaßt, mit dem Mädchen in Geschlechtsverkehr zu treten mit Einverständnis dieses „edlen" Freundes und unter psychologischem Druck auf das sonst anständige Mädchen seinerseits. Homburger untersucht nun juristisch die Paragraphen, die vielleicht zum Schutze des betreffenden Mädchens nutzbar gemacht werden könnten. Von Alimentationsanspruch kann wegen exceptio plurium keine Rede mehr sein. Resultat: nicht einmal auf Schadenersatz wegen Begehung einer „unerlaubten Handlung" gegen sich kann die Mutter klagen, sie ist nach heutigem Recht und nach dem Vorentwurf solchen Schurkereien gegenüber schutzlos. Verfasser begründet dann seinen Vorschlag, hinter § 242 StGB. (§ 269 des Entwurfs) folgende Bestimmung einzuschalten:

„Wer mit Frauenspersonen geschlechtlich verkehrt, wissend, daß sie innerhalb der letzten vier Monate mit einem anderen Manne den Beischlaf vollzogen habe, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre dann bestraft, wenn es in der Absicht geschah, jedes etwaige Geltendmachen von Ansprüchen aus unehelicher Geburt nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes seitens der Frauensperson zu vereiteln, es sei denn, daß es sich um eine Frauensperson handelt, die gewerbsmäßig Unzucht treibt oder bescholten ist. Es kann auf Buße erkannt werden."

Meyer (370) findet, daß, wie die diesbezüglichen Verhältnisse nun einmal liegen, kein anderer Ausweg möglich ist, als der, den das Gesetz getroffen hat, daß nämlich „ein uneheliches Kind und dessen Vater nicht als verwandt gelten", natürlich nur in gesetzlichem Sinne. Damit solle keine moralische Zurücksetzung ausgedrückt sein, die natürlich daneben heute auch

noch bestünde. In dieser Richtung könne aber nur eine grundlegende Veränderung der Anschauung Abhilfe bringen.

Nach **Michaelis** (375) ist es dem BGB. nicht gelungen, den Unehelichen, der sich die Sicherung seiner wirtschaftlichen Existenz während der Kinderjahre vor Gericht erstreiten muß, vor den Zufälligkeiten des prozessualen Lotteriespiels ausreichend zu schützen. Schuld daran sei wohl zum guten Teil die eigenartige Parteikonstellation im Alimentenprozesse. Verf. skizziert kurz die historische Entwicklung der rechtlichen Stellung der Unehelichen. Er meint dann, heute dürfe unter keinen Umständen als Alimentator in Anspruch genommen werden, wer nicht mit unbezweifelbarer Sicherheit als Erzeuger des Unehelichen festgestellt sei. Im „Jahrhundert des Kindes" vermöge er sich aber nicht mit dem Gedanken zu befreunden, daß es auch jetzt noch Kinder geben solle, die „quasi sine patre" seien und eventuell der Armenpflege anheimfielen. Es sei das nicht nur eine Rechtsfrage, sondern eine der sozialen Moral. Wann werde diesen Kindern ein Mann wie Ihering erstehen?!

E. von Liszt (323) verteidigt seine Ansicht, daß es unmöglich sei, daß man einen beliebigen Mann, der vielleicht der Vater eines gewissen unehelichen Kindes sein könnte, herausnehme, um ihn zu dessen Alimentation zu verhalten. „Kann die Vaterschaft eines Mannes nicht erwiesen werden, so darf er auch nicht durch Urteil als Vater erklärt werden." Ein Mädchen dürfe sich nicht wundern, wenn ihr infolge ihrer freiwilligen Handlung unbeweisbar gewordenes Recht (z. B. durch Hingabe an einen anderen Mann in der fraglichen Zeit) dann keinen Schutz mehr finden könne. Immer sei er aber, so hebt E. v. Liszt hervor, ausdrücklich für verstärkten Schutz der unehelichen Mutter eingetreten.

Ausgezeichnete Besprechung des Karin Michaëlisschen Buches: „Das gefährliche Alter" und eine Kontroverse gegen das absprechende Urteil über das Buch seitens der Gabriele Reuter, die von dem „Typus der sterilen Dirne von Geist" gesprochen hatte, den die Michaëlis gewählt habe, um das tragische Schicksal der noch glühenden und äußerlich alternden Frau zu demonstrieren. Demgegenüber meint **Noack** (408), nach der Definition der Dirne durch die G. Reuter sei gerade die Frau, die eine „Vernunftehe" eingehe, eine „Dirne", und indem sie sich als Ehefrau einem Geliebten „in Leidenschaft" hingebe, handele sie ebensowenig dirnenhaft, wie die Prostituierte, die sich einem Manne umsonst aus Liebe hingebe. Es sei die Verlogenheit der bürgerlichen Ehe, von der die Michaëlis den Schleier zu ziehen wage. Schildere die Karin Michaëlis also wirklich Dirnen, dann doch nur solche, wie sie aus dem Drill unserer herrschenden Gesellschaftsmoral heute hervorgehen müßten.

Schmölder (493) betont, daß nicht jeder Unzuchtsbetrieb rechtswidrig und strafwürdig sei. Die polizeiliche Kontrolle müsse fallen. Das beste System sei das der Gelegenheitshäuser, ähnlich den römischen Lupanaren.

Landsberg (300) bespricht die Beschlüsse des Zentralverbandes der städtischen Haus- und Grundbesitzervereine Deutschlands über das Thema: Hausbesitz und Bordell. Dieser Verband habe niemals aufgehört, mit dem Staatsbordell zu liebäugeln. Seine im Innern des Herzens verborgene Parole laute: Aufrechterhaltung des § 180 StGB. (Kuppeleiparagraph) und Einführung des Staatsbordells. Verf. faßt die Gründe, die gegen eine Kasernierung sprechen, zusammen. (Bedeutungslosigkeit der ärztlichen Überwachung, wenn nicht auch die männlichen Bordellbesucher untersucht werden können: die Krankheitsziffer der Bordelldirne sei dreimal so hoch wie bei den nichtkasernierten Straßendirnen. Falsches Gefühl der Sicherheit bei



den Bordellbesuchern. Keine Abnahme des Zuhältertums. Keine Abnahme der geheimen Straßenprostitution. Bordelle die Pflanzstätten gemeinster Perversitäten und die Bedingung für den Mädchenhandel. Entstehen von Bordellstraßen und damit von Verbrechervierteln, die die Grundstücke der ganzen Gegend entwerten.) Gerade die raumtechnischen Schwierigkeiten einer allgemeinen Kasernierung sowie deren Folgen für die eigene wirtschaftliche Wohlfahrt des Grundbesitzes müßten diesen überzeugen, daß jene Mißlichkeiten schwerer wiegen als die dem Hausbesitzer drohende Gefahr, aus § 180 StGB. wegen Kuppelei bestraft zu werden. Übrigens wolle ja der deutsche Vorentwurf diesen Paragraphen in erwünschtem Sinne reformieren. Unsere heutige Zeit wolle eben von einer so antisozialen und kulturwidrigen Einrichtung wie der Kasernierung nichts mehr wissen.

Rohleder (464) gibt „eine kurze, mehr feuilletonistische Schilderung, wie das sexuelle Moment in der Prostitution in Brüssel während der Ausstellungstage dem unbefangenen Beobachter entgegentrat". Fast die gesamte Prostitution dieser Stadt sei Geheimprostitution, und über 75 % der Gesamtinfektion daselbst sei auf heimliche Prostitution zurückzuführen. „Welch Seuchenherd mag Brüssel im Ausstellungsjahre gewesen sein!" ruft Verf. aus. „Welch unsaglich große Anzahl von syphilitischen und gonorrhoischen Infektionen mag durch die große Geheimprostitution Brüssels akquiriert worden sein und als „spezifisches" Ausstellungsangebinde in die Familien geschleppt, den Gattinnen, Verhältnissen usw. mitgebracht worden sein!" „Nur da Brüssel durch seine eminent hohe Zahl von klandestiner Prostitution im Verhältnis zur öffentlichen Prostitution sich auszeichnet (76:7), und da die erstere für die gesamte menschliche Gesellschaft eine viel größere Gefahr ist als letztere, mußte diese Stadt notwendigerweise während ihrer Ausstellungszeit zu einem Seuchenherde für sexuelle Erkrankungen resp. die Verbreitung derselben werden."

Nach **Levor** (310) fällt die Annahme, daß Goethe während seiner Leipziger Studentenzeit von Syphilis befallen wurde, immer mehr zusammen. Auch die Degeneration seiner Nachkommen deute nicht zwingend auf Lues hin. Mit Fränkel könne man eher an eine Lungentuberkulose in der Leipziger Zeit denken. Daß Goethe allerdings gute Kenntnisse über Syphilis hatte, zeigt seine 16. „Römische Elegie", die Verf. mitteilt und näher ausdeutet. Goethe zeigt sich auch hier der „gefährlichen" Liebe gegenüber auf der Höhe des alles veredelnden Künstlers und begabt mit der fast naiven Natürlichkeit des überragenden Vollmenschen.

Nach **Finger** (137) entspringt die plötzlich aufgegebene, sonst so starke Zurückhaltung der Presse dem Thema der Behandlung der Geschlechtskrankheiten gegenüber nach der Entdeckung von „Ehrlich-Hata 606" mehr der Sensationslust und dem Geschäftsgeist als den an sich so erwünschten Aufklärungsbestrebungen. Leider werde dadurch eine unkritische Überschätzung der angeblichen Therapia magna sterilisans großgezüchtet, während nach wie vor der Haupterfolg ärztlicher Kunst, wie bei allen Volksseuchen, auf dem Gebiete der Prophylaxe winke.

Im Gegensatz zur allgemeinen Meinung, daß auch beim Weibe als Verbrecherin ihre sexuelle weibliche Eigenart sich nicht verleugne, will **Jassny** (254) dartun, daß es gerade aus Opposition zu dieser falschen Einschätzung der Frau seitens der Gesamtheit der Männer als einer fast allein von der ganzen Sphäre ihres Sexuallebens Abhängigen, zu verbrecherischen Ausschreitungen bei ihr komme. In ihrer verbrecherischen Tätigkeit ahme das Weib vielmehr gerade dem Manne nach. Die Frau, vom Manne allerdings als Objekt und Symbol der Sinnlichkeit genommen, strebe gerade zur

vollen Loslösung von ihrem Geschlechte, daher die Entwertung und Geringschätzung weiblicher Personen untereinander, nur verstärkt und erweckt, wenn Rivalität dabei im Spiele sei. Wie häufig wünsche sich nicht das Weib, ein Mann zu sein! Die Frau bedürfe der Vergeistigung der Sexualität nicht mehr als der Mann, von Gewicht sei aber für sie die Vergeistigung ihrer sozialen Stellung. Diese soziale Stellung, wie sie heute durchschnittlich sei, könnte mit der Minderwertigkeit beim Manne verglichen werden, welche Minderwertigkeit dann mit dem gleichzeitigen Gefühl der Schwäche und des folgenden Protestes gegen diese innere Unsicherheit eine ungeheure Rolle im Leben des Verbrechens spiele. Als Hauptarten strafbarer Handlungen seitens Frauen bespricht Verf. nun im einzelnen kurz: Kuppelei, Fruchtabtreibung, Kindesaussetzung, Kindsmord, Hausfriedensbruch, Beleidigung, leichte und gefährliche Körperverletzung, Unterschlagung, Hehlerei und Betrug. Auch Jassny bestätigt, daß in der letzten Zeit das Bestreben beim Weibe wächst, sich der Mutterschaft zu entziehen, einfach um einer Mühewaltung zu entgehen, eine Abirrung der Frauenbewegung, wie ja auch alle anderen geistigen Bewegungen ihre Abirrungen hätten. Grausamkeit der Mutter gegen ihre Kinder sei wie die kindliche Grausamkeit zu erklären, solche Mütter gäben eben an die Wehrloseren und Schwächeren ihre eigenen Kränkungen und Schläge weiter und spielten ihnen gegenüber auf diese Weise die Rolle des Mannes. Um den Mann kämpfe die Frau mit allen Mitteln nicht vorwiegend aus sexuellen Gründen, sondern weil heute noch die Frau im allgemeinen nur durch die Liebe und durch die Ehe zur Bedeutung komme; so sei für sie der Mann notgedrungen das Symbol aller Lebensgüter. Selbst beim Delikt des Ehebruchs sei mehr Rache gegen die Geringschätzung des Mannes, Lust an der Gefahr, Lust, den Mann anzuschmieren, die Sucht, auch außer dem Hause zu herrschen, endlich die Langeweile dabei im Spiele, als die „passiv" genannte Sexualität des Weibes. Bei den großen Verbrechen bediene sich also das Weib sehr wenig der sogenannten „weiblichen Eigenart". Sie zeige dabei im Gegenteil in protestlerischer Weise gerade männliche Eigenschaften.

Rupprecht (471) bringt Fälle vor, die zeigen, wie oft im Sexualleben Jugendlicher sich Keime geistiger Abnormitäten, ja Krankheiten, besonders psychische Minderwertigkeit und beginnender Schwachsinn für den Sachverständigen erkennen lassen. Die Mitwirkung des Psychiaters ist also bei jugendlichen Rechtsbrechern, besonders aber bei Sexualverbrechern überaus notwendig. So verlangen vor allem auch die relativ häufigen Fälle von Aussagen angeblich mißbrauchter Mädchen psychiatrische Untersuchung und Begutachtung, ob nicht vielleicht Erinnerungstäuschung, Suggestion oder einfach Lügenhaftigkeit hier eine Rolle spielen, damit nicht Schuldlose verfolgt und Behörden durch nur erdichtete Angaben irregeführt werden.

In den gerichtlichen Verfahren wegen Fruchtabtreibung, Kindesmord, Kindesaussetzung und Kindesunterschiebung werden Richter und Sachverständige oft vor die schwierigen Fragen gestellt. „Ist Schwangerschaft vorhanden? Hat eine Geburt oder Fehlgeburt stattgefunden? In welchem Schwangerschaftsmonat ist der Abgang der Frucht erfolgt? Ist das Kind lebensfähig, ist es ausgetragen gewesen? Wie lange Zeit ist seit der Geburt verstrichen?" Besonders wo es sich um die Feststellung nicht der Schwangerschaft, sondern der stattgehabten Geburt handelt, kann die Untersuchung der weiblichen Brust von ausschlaggebender Bedeutung sein. **Hirsch** (229) behandelt nun ausführlich die Form- und Funktionsänderungen der weiblichen Brüste, die manchmal das einzige Merkmal einer überstandenen Geburt abgeben können, vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus, und warnt dabei vor



Fehlerquellen, wie Kolostrumabsonderung auch außerhalb der Schwangerschaft, ja auch Absonderung reifer Milch noch jahrelang nach einer Geburt, manchmal sogar überhaupt ohne voraufgegangene Schwangerschaft oder Geburt (ausnahmsweise sogar bei Männern). Könne doch die Milchabsonderung beim Weibe wohl zu jeder Zeit durch Reize wie Hyperämie, Wärme, Massage, Stauung, Faradisation usw. hervorgerufen werden (z. B. aus Sinnlichkeit, durch Anlegung von Tieren, zwecks Verhütung der Konzeption usw.). Mit anderen Zeichen zusammen könne aber die Brustdrüsenuntersuchung recht wohl wichtige forensische Resultate liefern.

Bokelmann (49) wettert gegen eine Eklampsietherapie, die darin besteht, in anscheinend verzweifelten Fällen dem eklamptischen Weibe die gesunden Brüste zu amputieren einfach einer unbewiesenen „mammären Hypothese" zu liebe. Das sei ein Brauch wie zur Zeit der römischen Christenverfolgung, wie zur Zeit der heiligen Agathe. Solche verstümmelnden Operationen gesunder Organe auf Grund phantastischer Anschauungen, denen selbst der Schatten einer wissenschaftlichen Berechtigung fehlen dürfte, könnten nicht erlaubt werden.

Auf dem Gebiete der sog. Sittlichkeitsdelikte tritt die Verschiedenheit der Volks- und Rassenpsychologie je nach Zeiten und Orten besonders deutlich hervor, meint **Wilhelm** (597). So findet die moralisierende Tendenz des Gesetzgebers und seine Einmischung in die intimsten geschlechtlichen Dinge einen günstigen Boden in dem Charakter des deutschen „Untertanen", während dem Franzosen der in sein Fleisch und Blut übergegangene Satz gilt: „La vie privée est murée". So wird in Deutschland Homosexualität, Inzest und Kuppelei bestraft — wegen angeblicher Gefährdung allgemeiner Interessen, in Frankreich dagegen nicht verfolgt, um — die Gefährdung allgemeiner Interessen zu verhüten. Unser Hervorzerren geschlechtlicher Geheimnisse ist dem Franzosen teils lächerlich, teils widerlich, jedenfalls unverständlich. Den außerehelichen geschlechtlichen Verkehr betrachtet er viel unbefangener, während der deutsche heuchlerische Zug besonders bei der Behandlung der Kuppelei und Prostitution hervortritt. Allerdings frappiert wieder gerade die Rechtlosigkeit der Prostitution in Frankreich und die sehr unterschiedliche polizeiliche Behandlung der vornehmen und der gewöhnlichen Dirne. In den letzten Jahren ist eine Wechselwirkung germanischer Einflüsse in Frankreich, romanischer in Deutschland nicht zu verkennen. Die freieren romanischen Anschauungen in der Sittlichkeitsgesetzgebung der Franzosen hätten nun nicht etwa schlimmere Zustände als in Deutschland zur Folge gehabt — Pariser Vergnügungslokale wären gerade zu allermeist von Deutschen besucht! — Der freiwillige Malthusianismus sei eine mit höchster Kultur und Zivilisation notwendigerweise verbundene Begleiterscheinung. In der Kriminalstatistik steht Frankreich nicht schlechter da. Unzucht mit Kindern ist sogar in Deutschland viel, viel häufiger. Das französische Familienleben hat keine Lockerung erfahren, dabei bestehe kaum das Laster des Gewohnheitstrunks. Ein Ausgleich der germanischen und romanischen Anschauungen kann nur zum Guten ausschlagen.

Lipa Bey (322) schildert kurz die Entstehung des Eunuchentums, dann die äußere Erscheinung des Eunuchen — dem „Kastrierten" fehlen die ganzen äußeren Genitalien, dem „Spaonen" bloß die Hoden, und den „Thibien" wurden in der Kindheit die Hoden gewaltsam atrophiert oder zerquetscht —, ferner die primitive, höchst grausame Art, wie an gewissen Orten (Klöstern!) 6—10jährige Knaben zu Eunuchen verstümmelt werden. Unter fürchterlichsten Qualen gingen $^2/_3$ von diesen unglücklichen Geschöpfen zugrunde. An einem Ort sei sogar ein italienischer Arzt engagiert worden,



der dann etwas moderner operiert habe (!). Erwachsene Eunuchen besitzen nach Lipa Bey wollüstiges Fühlen, bekommen sogar Anfälle von erotischem Erethismus und stehen dann Tantalusqualen aus. Was Wunder, wenn ihr Charakter zur Bösartigkeit entartet! Den Eunuchismus als einen Behelf und im Dienste der Zivilisation (Kastration von Verbrechern usw. aus sozialen und rassehygienischen Gründen) kann Verfasser nach seinen Erfahrungen sich nicht vorstellen.

Zambaco Pascha (606) hatte Gelegenheit, zahlreiche Eunuchen zu sehen und zu beobachten. Verfasser gibt die Geschichte dieser schmachvollen Einrichtung und schildert dann die heute bestehenden Zustände. Sein Bericht deckt sich mit der Skizze Lipa Beys. Nach Zambaco ist für die Eunuchen charakteristisch: ein auffälliges Mißverhältnis zwischen Rumpf und Gliedern, die sich ganz seltsam ausdehnten, ferner Beleibtheit und runde Formen. Psychisch seien die Eunuchen traurig, träge, energielos, abulisch, knechtisch, grausam, ängstlich, gemütlos, egoistisch, kurz: große Kinder. Ausnahmsweise gäbe es aber auch nette und intelligente. Unter dem Namen „natürliche Eunuchen" wirft Verfasser ganz verschiedene Individuen zusammen, Asexuelle, Impotente, Homosexuelle usw., wundert sich, daß solche im Orient sehr zahlreich vorkommen und glaubt bei ihnen an Psychoneurosen geistig Gleichgewichtsloser. Seine weiteren theoretischen Auseinandersetzungen über allerlei Sexualthemata sind teilweise an der Oberfläche haftend, teilweise zu Irrtümern Anlaß gebend.

Salzberger (479) schildert einen Eunuchoiden mit Hypoplasie der Genitalien und Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere. Bei abnormem Hochwuchs (Offenbleiben der Epiphysenlinien) sieht man die charakteristische Fettanhäufung am Bauch, an den Nates und an den Brüsten. Inwieweit die Mißbildung am Hinterhauptsbein, sowie die schwammigen Gebilde neben dem Os hyoid. zufällige Befunde darstellen, will Verfasser an der Hand dieser einen Beobachtung nicht entscheiden. Jeder derartige Fall biete interessante Besonderheiten, deren Ursache man vielleicht in der wechselnden Beteiligung der komplimentären Drüsen zu suchen habe.

Boas (46): Einer 34 Jahre alten Zeichnersehefrau werden wegen chronischer Bauchfellentzündung usw. die Eierstöcke exstirpiert. Danach Änderung der Psyche, melancholische Verstimmung mit Vergeßlichkeit und verkehrten Handlungen, während der noch spärlich bestehenden Periode viel Schmerzen, große nervöse Reizbarkeit, endlich Taedium vitae; vor den Menses besonders große Depression, Vergeßlichkeit und Unbesinnlichkeit. Bei offenem Gashahn findet der Ehemann eines Tages seine Frau und seine 2 Kinder bewußtlos. Ein Kind starb. Die gerettete, ganz gleichgültig erscheinende Mutter gibt an, daß ihr jede Erinnerung an die in Frage kommenden Vorgänge erloschen sei. Verurteilung zum Tode. Am Tage vor der Hinrichtung gestand sie, aus Scham den Richtern nicht mitgeteilt zu haben, daß sie am kritischen Tage die Regel gehabt und daher nicht gewußt habe, was sie tat. In der Irrenanstalt wurde eine Menstrualpsychose festgestellt. Freisprechung.

Ein Fall von Saliromanie.

Im Anschluß an den van Waverenschen Fall vergleicht Boas die Psychologie der Mädchenmesserstecher und der Mädchenkleiderbespritzer. Bei letzteren findet er mit Näcke neben dem sadistischen noch ein fetischistisches Moment. Solchen Menschen mit krankhafter Triebrichtung gegenüber, die juristisch sich höchstens der Sachbeschädigung oder Beleidigung schuldig machten, und die man deshalb noch nicht dauernd in eine Irrenanstalt internieren könnte, nütze nur eine ständige, aber auch oft schwer durchzuführende Überwachung durch die Ehefrau usw.



Legalität der Fruchtabtreibung im künftigen Strafrecht oder nicht.

Boas kritisiert die Arbeit von Kimmig, der den Näckeschen Argumenten für die Bestrafung der Fruchtabtreibung andere, angeblich schwerwiegendere für eine Freigabe der Fruchtabtreibung gegenübergestellt hatte, und dieses Delikt vor allem als Prophylaxe des Kindesmordes betrachtet wissen will. Boas meint demgegenüber mit Weber, nicht einmal die Tuberkulose könne stets eine strikte Indikation für den Abort abgeben, und kommt zu dem Schluß: „Ist die Freigabe der Fruchtabtreibung erst einmal als Gesetz durchgegangen, so ist solchen Mißbräuchen (Vortäuschung von Bluthusten, um die Abtreibung zu erlangen, vgl. die Arbeit von Kaiserling) gesetzlich Tor und Tür geöffnet. Das heute schon ähnliches möglich, zeigt Boas an dem Beispiel einer angeblich tuberkulösen Erzieherin, die viermal die Einleitung des Abortes in der Klinik erreichte. Bei Fallenlassen der Bestrafungsmöglichkeit würden sich wohl so manche Frauenärzte noch besonders als Spezialisten für schmerzlose Aborte ankündigen und damit gute Geschäfte machen.

Amschl (9) bespricht zuerst die in der Versammlung vom 4. Juni 1910 zu Mainz der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen erstatteten und als 6. Heft der „Juristisch-psychologischen Grenzfragen" herausgegebenen Referate über die Abtreibung der Leibesfrucht vom Standpunkte der lex ferenda. Man einigte sich in der Versammlung dahin, daß unter Beibehaltung der grundsätzlichen Strafbarkeit des Abortus die Schwangere selbst zwar möglichst zu schonen, aber dem gewerbsmäßigen Abtreibertum entschieden entgegenzutreten sei. Auch sollte im Gesetz die grundsätzliche Berechtigung der Ärzte zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen schwerer Erkrankung der Mutter ausgesprochen werden, was im Vorentwurf zum deutschen Reichsstrafgesetze nicht geschehen ist. Hans Groß gehe aber weiter und meine, die Zeit sei nicht mehr ferne, in der man Abtreibung überhaupt nicht mehr bestrafen werde. Amschl knüpft ferner an die Arbeit Haberdas über den Kindesmord (Separatabdruck aus den Beiträgen zur gerichtlichen Medizin, I. Band, Deuticke, 1911) an, in welcher Haberda u. a. der Meinung Ausdruck gibt, daß das positive Ergebnis der Lungenschwimmprobe nicht im entferntesten einen Beweis für das Leben des Kindes bilde. Amschl faßt seine eigenen Ansichten dahin zusammen:

1. Empfängnisbehinderung bleibt straflos.
2. Abtreibung ist Gefährdungs-, nicht Tötungsdelikt, weil die Frucht als Lebewesen, als Mensch, nicht angesehen werden kann, sondern nur als Teil der Mutter.
3. Kindesmord bildet die letzte der drei Stufen im Angriff auf die Nachkommenschaft; dies muß auch im entsprechenden Ansteigen der Strafsätze gegen diese Angriffsstufen zum Ausdruck gelangen.
4. Die Schwangere selbst ist wegen Abtreibung nicht zu bestrafen.
5. Perforation durch den Arzt zur Abwendung von Lebensgefahr muß als straflos erklärt werden.
6. Versuch der Abtreibung bleibt straflos, um nicht auch sich irrende Nichtschwangere strafen zu müssen.
7. Die Privilegierung des Kindesmordes wird weder durch Sinnesverwirrung, noch durch die Störung, die der Geburtsakt hervorruft, noch durch Notlage, Schamgefühl oder Ehrennotstand begründet. Sie ergibt sich aber von selbst, weil Kindestötung im Zweck sich von der Abtreibung nicht unterscheidet und die Strafbarkeit sich nur um eine Stufe erhöht, da Kindesmord sich gegen die Frucht, die sich vom Mutterleibe loslöst, wendet, also



gegen ein schon selbständig werdendes Lebewesen. Dabei muß die Unbilligkeit des **deutschen** Entwurfes fallen, der das Spezialdelikt des Kindesmordes an ehelichen Kindern verwirft.

Während Christus selbst die Geschlechtsliebe als ein Ideal darstellte: Mann und Weib sei ein Leib, — gelangte das dogmatische Christentum durch Vermengung mit orientalischer Askese, aus Verachtung des Weibes, aus mystischer Übertreibung der Evasünde und aus antisozialen Neigungen, die durch die Christenverfolgungen geweckt wurden, dahin, überhaupt das irdische Leben für unwichtig zu halten, den Geschlechtsverkehr aber für etwas Unreines und als Ideal ein asketisches Mönch- und Nonnenleben anzusehen, in dem nur innigste Verbindung mit Gott und Christus allein als würdig galt. Erst der aufkommende Madonnenkult bahnte eine Änderung dieser Ansichten an. Im Mittelalter gab es für Mann und Weib keine Illusionen, die Ehe war eben nur eine prosaische Notwendigkeit. Und doch sind die mit dem Fortpflanzungstrieb zusammenhängenden psychischen Regungen für die Menschheit so äußerst wichtig, ja unschätzbar. Alle Poesie, alles moralische Empfinden schwände alsbald dahin, würden der Menschheit die sexuellen Gefühle genommen. Und gerade die Unterdrückung natürlicher Triebe durch asketische Tendenzen schafft dann allerhand Perversionen, ja die Askese wird wohl gar selbst der Ausdruck pervers sexuellen Fühlens. **Kiernan** (280) bringt dafür Beispiele, „Heiligkeit", Sektenwesen, religiöser Wahnsinn stehen oft im engsten Zusammenhang mit Perversionen, wie Schmerzwollust (Masochismus), Fetischismus, überhaupt erotischem Symbolismus. Der Sexualsymbolismus der aktiven Flagellanten z. B. sei sehr analog dem Symbolismus des Exhibitionisten. Der Stock sei dabei das Symbol des Penis, womit ein Weib sinnlich gezüchtigt werde. So zeigten Religiosität, Sexualität und Selbstverstümmlung und Kastrierung gar nahe Beziehungen, Beziehungen auch zum Irrsinn. Kiernan gibt ferner Beispiele solcher entsetzlichen Selbstverletzungen und Kastrierungen. Der autoerotische Einfluß auf den Asketismus ist abhängig von der Konstitution dessen, der den Asketismus ausübt, und von den Umständen bei seiner Anwendung. Diesen Faktor hat Ellis in seinen Werken ignoriert. Gerade äußere Umstände geben oft der Perversion ihre eigentümliche Richtung. Hierher gehört die Prügelstrafe, die sicher außer psychologischer Wirkung auch noch eine physische habe. Schätzten doch früher Priester und Ärzte die Prügelstrafe auch deshalb, weil sie das schwerflüssige Blut in raschere Zirkulation zu setzen vermöchte usw. An bekannten Perversen schildert Kiernan derartige Wirkungen. Zum Schlusse sagt er: „Die geschilderten Brutalitäten sind also kaum größer als diejenigen, deren sich die Asketen schuldig machten, und das alles in dem vielmißbrauchten Namen des Christentums."

„Fetischhaß" ist nach **Hirschfeld** (232) eine unwiderstehliche Abneigung gegen gewisse Körperteile oder Sachen, die sonst als Fetische dienen und daher psychische Impotenz erzeugen. Die Grundlage dieser Erscheinung ist eine spezifische nervös-sexuelle Konstitution. Meist geht die Abneigung vom Auge aus, seltener vom Geruch oder Gehör. Verf. gibt dafür Beispiele. Aber auch schon bloße Vorstellungen wirken manchmal „antifetistisch". Männer scheinen mehr affiziert wie Frauen. Auch Homosexuelle können diese Perversion bieten. Konzentrierte Versinnbildlichung der anziehenden oder abstoßenden psychosomatischen Gesamtpersönlichkeit des Partners scheint im Mechanismus dieser Art sexueller Affektionen die größte Rolle zu spielen, vielmehr als die sexuelle „Okkasion", wie sie Binet lehrt. Nach Hirschfeld sollen sich vielleicht gewisse sadistische Sachbeschädigungen usw., auch manchmal der „Rassenhaß", durch den „Antifetischismus" erklären lassen.



Die Anzeige eines 20 Jahre alten Dienstmädchens, ein 40jähriger Arzt, der sie wegen Bettnässens mit Hypnose behandele, habe sich, als sie leicht hypnotisiert, aber willenlos gewesen, sittlich an ihr vergangen, stellt sich nach dem interessanten Gutachten **v. Schrenck-Notzing**'s (501) heraus als ein abenteuerliches Hirngespinst einer libidinösen bettnässenden Schwindsüchtigen, deren erotische Begehrlichkeit sich wahrscheinlich in den Fieberträumen auch auf die Person des Arztes erstreckte, indem sie mit ihm Episoden aus ihrer sexuellen Vergangenheit erlebte. Ihre Schilderung ist also das Produkt einer retroaktiven Erinnerungsfälschung. Man sieht: Hypnotisierung oder Narkotisierung suspekter Patientinnen, namentlich hysterischer, sollte zum Selbstschutz möglichst nur vor Zeugen vorgenommen werden.

„Friedhofswanzen" ist nach **Näcke** (400) die Bezeichnung für Leute, die sich gern und möglichst oft fremden Leichenbegängnissen anschließen, Leute mit abnormen, oft sadistisch-masochistischen Zügen, denen es wirklich einen Kitzel gewährt, das Leid anderer mitanzusehen und mitzuerleben.

Blondel (42) teilt einen Fall von sexueller Perversion mit, der sich nach Verf. nicht ohne weiteres in Schubfächer unserer bisherigen Klassifikation einreihen läßt. Es handelt sich um einen erblich belasteten, debilen und insuffizienten Kadetten mit Zwangsideen, in denen die Zahl 2 die Hauptrolle spielt. Großer Masturbant, unbefriedigt von einem normalen Koitusversuch, hat er eine merkwürdige Vorliebe für alles, was mit Exkrementen, deren Masse und Geruch zusammenhängt. Er muß „zweimal" Winde ablassen, wenn er einem ihn anziehenden Weibe begegnet. Beim Onanieren glaubt er in massenhaften Exkrementen zu wühlen und stellt sich besudelte Frauen vor. Papier mit Exkrementen vor sich setzt er sich ans Fenster und masturbiert, wenn Frauen vorübergehen, während er den Kotduft einatmet. Sadistische oder masochistische Gefühle dabei zu haben, weist er weit von sich. Blondel geht die Meinungen der Autoren über ähnliche Fälle einzeln durch, weist ihre Nomenklatur für seinen Fall zurück, spiele doch selbst Fetischismus und Algolagnie dabei keine Rolle. Es sei also eine Perversion sui generis, der man am besten den Namen Skatophilie zuteile.

Hughes (247) meint, das nekrophile und verschmähte Weib sei in der literarisch einzigartigen Oper Salome sehr gut getroffen. Die Liebe bei Salome wandelt sich in rasend krankhafte Geilheit, in laszive nymphomanische Leidenschaft. Hat doch schon manchmal beim nicht krankhaften Weibe „die Hölle keinen größeren Schrecken als eine Verschmähte". Hier aber verbindet sich laszive befriedigte Rache noch mit krankhaft erotischer Nekrophilie. Ein offenbar verstiegener Geist schrieb das Drama. Meisterhaft zeigt die Musik die exaltierte Heftigkeit perversen erotischen Empfindens. Vor einem Sachverständigenpublikum ist das Bild grandios, aber vor einem tugendhaften weiblichen Elitepublikum aufgeführt nimmt der Oper den Glanz und den Nimbus normal erotischen Empfindens hinweg und enthüllt in abschreckender Weise das tierische Barbarentum des Liebeslebens von heftigster erotopathischer Art. Aus wohlbegründeter öffentlicher Klugheit und Politik sollte man solche öbszönen posmortem Wollustszenen wie diese, selbst wenn sie wahrhaftig geschildert sind, von der öffentlichen Bühne fernhalten. Der Herodiascharakter wirft ein Licht auf die krankhaft leidenschaftliche erbliche Belastung der Salome als eine Läsion psychopathisch erotischer Übertragung, wie sie Krafft-Ebing, Moll, Notzing, Ellis, Clevenger und Lydston für Wissenschaftler schildern, aber nicht für das große Publikum. Derartige Darstellungen reizen nur zu leicht zu Nachahmungen in der Wirklichkeit auf. Selbstmorde, Morde usw., die in einem Stück notwendig

sind, geschehen also besser hinter den Kulissen. Vom psychologischen Standpunkte aus ist es sogar fraglich, ob es klug ist, die Kreuzigung bei den Oberammergauer Passionsspielen heutigen Tages so vollständig vorzuführen oder Judas' tragischen Tod, obgleich es hier sich ja um mystische Dinge handelt.

Hughes (246) legt an zwei Fällen die Unkenntnis so mancher ärztlichen sachverständigen Zeugen dar. Der zweite Fall ist aber auch an sich interessant; es war wohl das erste Mal, daß ein geständiger Gattenmörder seinen eigenen blutdürstigen Erotismus zur Bemäntelung und Verteidigung eines angeblich erotopathisch-sadistischen Mordes zu benutzen versuchte.

Fleischmann (141) sucht in seiner Arbeit nachzuweisen, daß die konträre Sexualempfindung keine Ausnahmestellung in der Reihe der übrigen sexuellen Anomalien einnimmt, und daß diese psychische Abnormität keinem Individuum angeboren ist. Die Homosexualität sei nur eine Erscheinung der Entartung, da sich bei Entarteten das sexuelle Triebwesen an sich meist verändert zeigt und oft durch unscheinbare Einflüsse, wie Lektüre, Verführung, Alkoholabusus und Onanie von dem normalen Sexualziele abgelenkt werden kann. Namentlich exzessive Onanie ruft meist Angst vor Impotenz und große Scheu vor heterosexuellem Verkehr hervor. (*Bendix.*)

Pettow (427) teilt die Selbststudie eines schwer erblich belasteten Psychopathen mit, der an einer interessanten Form sexueller Anomalie (retour à l'enfance) leidet. Neben der Gleichgültigkeit gegen das andere Geschlecht treten bei ihm masochistische Neigungen hervor, vermischt mit sadistischen Zügen. Besonders hervorstechend ist die Neigung, Knabenanzüge anzulegen und der Gedanke, wie ein Kind geküßt und geduzt, auch wie ein Kind gezüchtigt zu werden. Er ist in beständigem Kampf zwischen dem Wunsch, seine masochistischen Neigungen zu betätigen und zu unterdrücken. (*Bendix.*)

Die gesammelten kleinen Schriften **Friedländer**'s (155) über gleichgeschlechtliche Liebe kranken alle an einer ganz merkwürdig unkritischen Vermengung von Freundschaft, Soziabilität und Homosexualität. Seine „physiologische“ Männerfreundschaft ist ein Unsinn und sein Weiberhaß ein bedauerliches seelisches Manko.

Schöne (499) bespricht die Stellung Walt Whitmans in der Literatur und die Bedeutung seiner Persönlichkeit. Sympathisch ist ihm die freimütige Auffassung, die Whitman der Verlogenheit des Geschlechtslebens entgegensetzt. Mit Friedrich Nietzsche teile aber Whitman die Schwärmerei für robuste Natürlichkeit, Eitelkeit und vor allem Maßlosigkeit, charakteristisch für diese Dichter, in denen „Dionysos, der Gott der Hysterie“, gewohnt habe. „Whitman schaute alles, insonderheit aber das Geschlechtliche, in dem er, der Erotiker par excellence, zeitlebens befangen war, mit den Augen des Künstlers. Ein unersättlicher Hunger nach dem Anblick von schönen menschlichen Leibern erfüllte ihn, und ein ungewöhnlich heftiges und gleichzeitig schwer erfüllbares, weil verkehrtes Triebleben war die Ursache, daß der Künstler den Erotiker nicht überwand, daß nie eine geläuterte Leidenschaft diesen Trieb veredelte.“ Die Sexualität Whitmans sei der eigentliche Schlüssel zu des Dichters Persönlichkeit. Er, der nicht in irgendeiner politischen oder ökonomischen Doktrin das Mittel, um die Auswüchse des Amerikanismus zu überwinden, gefunden zu haben glaubte, sondern in der „Kameradschaft“, kam zu seinen Poesien und Ideen durch ein abnormes Gefühlsleben. Seine Dichtungen sind zum guten Teil Bekenntnisse, die unzweifelhaft dartun, daß viele von Whitmans Freundschaften „urnische Verhältnisse“ waren.



Das schlimmste Grundlaster Turkestans, von dem viele Sarten angesteckt sind, ist die Päderastie, sagt **Heermann** (210). Sie hängt zusammen mit der außerordentlich niedrigen Stellung des sartischen Weibes, das in der Frauenabteilung ganz von der männlichen Gesellschaft getrennt, in gröbster Unwissenheit, voller kleinlicher Klatschsucht und schnell alternd dahinlebt. Der Sarte hält sich dann schadlos am Batschá, einer richtigen männlichen Grisette, die man hoch bezahlt, andichtet, für die man Schmäuse und Bälle gibt, für die man sich aus Eifersucht schlägt, ja sich selbst tötet oder andere mordet. Leider beginnt dort auch die Päderastie, in russische Kreise zu dringen. Eine Heilung kann nur durch Befreiung und Erziehung des sartischen Weibes erfolgen, die wieder von der schwierigen Aufklärung der Eingeborenen abhängt.

Einen ganz einzigartigen Fall konnten **Hirschfeld** und **Burchard** (234) beobachten und untersuchen. Ein Fräulein M. ejakulierte aus ihrer völlig weiblich gestalteten Harnröhre bei überhaupt weiblich gestalteten sicht- und fühlbaren Genitalien Sperma, zeugungsfähige männliche Keimstoffe. Sie muß mithin im Besitze von Spermatozoen produzierenden Drüsen, von Hoden sein. Frl. M. ist demnach nicht, wie es zuerst schien, eine weibliche homosexuelle Transvestitin; sie ist vielmehr entsprechend ihrer gesamten Persönlichkeit ein Mann mit männlichen Keimdrüsen und Zeugungsstoffen, mit normal männlichem Geschlechtsempfinden, aber mit völlig weiblichen äußeren Genitalien und vorwiegend weiblichem körperlichen Habitus. Es liegt bei der p. M. ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung vor. Die Person ist ein Mann, Umschreibung im Standesregister ist unbedingt geboten, da die Gesamtpersönlichkeit eine ausgesprochen männliche ist, und im besondern noch deshalb, weil Zeugungsfähigkeit vorhanden. Nach der Umschreibung gedenkt M. seine langjährige Freundin zu ehelichen.

Tange und **v. Trotsenburg** (554) hatten Gelegenheit, einen ganz eigentümlichen Fall von Effeminatio mit Transvestismus zu beobachten. Ein konträrsexuell fühlender Mann, der es liebte, Frauenkleider zu tragen, vermochte sich nicht nur wiederholt an der Stelle, wo bei den Frauen die Brüste sitzen, ein subkutanes Luftemphysem beizubringen, so daß er deswegen militärfrei kam, sondern ging so weit in seinem Drang nach Weibähnlichkeit, daß er sich die Hoden herausriß und dann das Skrotum mit Seide wieder zunähte. Den Ärzten gegenüber dissimulierte er stark und zeigte sonst außer einigen hysterischen Erscheinungen psychisch keine Erkrankung.

Aus dem 16. Jahrhundert berichtet uns ein von **Wachholz** (584) veröffentliches Protokoll aus den Strafakten der Stadt Krakau von dem Geschick eines Scheinzwitters. Es handelte sich um eine Person, die nach Untersuchung von Sachverständigenfrauen vom Stadtrat den Befehl erhielt, in Frauenkleidern zu gehen, die sich dann auch als Frau verehelichte, aber mit Weibspersonen Geschlechtsverkehr ausübte und — deshalb wegen Sodomiterei verbrannt wurde!

Der zuerst als Mädchen erzogene Mann zeigt nach **Näcke** (399) Hypospadie, läßt 2 Hoden mit Nebenhoden gut durchfühlen, hat aber regelmäßige Menstruation, also wohl auch Ovarien. Mastdarm bleistiftdünn. Psychisch sexuell ist die Person neutral und hat nie eine Neigung zu irgendeinem Geschlecht verspürt, höchstens Freundschaftsgefühle.

Näcke (400) bespricht die sehr selten kund gewordene Vita sexualis von Pseudohermaphroditen im Anschluß an einen Fall Magnans, Inversion du Sens génital chez une pseudohermaphrodite feminin. Gazette Medicale de Paris, 31 mars 1911. — Bei einem Hypospadier finden sich bei der Operation ausgeprägte innere weibliche Genitalien. Dies echte Weib hatte



aber männliche Instinkte und Gewohnheiten, heiratete eine Frau und lebte glücklich mit ihr, also wohl ein deutlicher Fall echter Homosexualität. Lapointe (Revue de Psychiatrie etc. 1911 p. 219) beschreibt einen entgegengesetzten Fall. Ein Mann wird als Mädchen erzogen, fühlt weiblich, verlobt sich mit einem Mann. Bei einer Operation werden — Hoden entdeckt und die Person wird über ihren Geschlechtsirrtum belehrt.

Näcke (400) bezweifelt die Richtigkeit der Theorie Bomparols (Revue de Psychiatrie etc. 1911, p. 213), nach der die Befruchtung eines jungen, unreifen Eies die Entstehung eines weiblichen Nachkommens begünstige, dagegen die des reifen eines männlichen. Aus im halbreifen Zustande befruchteten Eiern sollten dann alle Arten von Zwischenstufen entstehen, endlich auch die Homosexuellen. Das hänge, meint Näcke mit Recht, alles gänzlich in der Luft.

Im Tagebuch des jungen Flaubert schildert der berühmte Romanzier, wie er sich sterblich in die Statue der „Psyche" (Amor und Psyche von Canova) verliebt und sie sinnlich unter die Achselhöhle geküßt habe. Nach **Näcke** (400) liegt hier Pygmalionismus vor, ein Ausfluß sexueller Hyperästhesie. Auch das Kaufen von Photographien berühmter oder schöner Schauspieler und Schauspielerinnen, schöner Akte usw. seitens junger Leute beiderlei Geschlechts hält Näcke häufig für Pygmalionismus, es ist aber wohl nur eine mehr oder weniger weit in geheime Handlungen sich umsetzende sexuelle Schwärmerei von Personen, die sich an lebende Partner nicht herangetrauen, jedenfalls also noch lange keine Perversität.

Im Anschluß an Schultz, Das Geschlechtliche in gnostischer Lehre und Übung. Zeitschrift für Religionspsychologie, Juni 1911, hebt **Näcke** (399) hervor, daß nicht nur in altgriechischen Tempelinschriften auf Päderastie mit sakralem Hintergrund hingewiesen würde, sondern daß sogar auch im frühen Mittelalter noch Spuren von Kult-Päderastie zu konstatieren seien. Für manche Gnostiker galt der coitus per os sogar als Sakrament!

An der Hand eines Falles von Bisexualität (homosexuelle Komponente schwächer als die heterosexuelle) mit ideeller Flagellomanie hebt **Näcke** (392) wieder einmal die diagnostische und prognostische Wichtigkeit sexueller Träume hervor.

Nach **Näcke** (388) neigen die Homosexuellen kaum mehr zu Psychosen als Heterosexuelle auch; und die homosexuellen Handlungen in Irrenanstalten sind fast ausnahmslos pseudohomosexuelle und haben mit echter Inversion nichts zu tun.

Der Jugendstaatsanwalt **Rupprecht** (473) konnte in den Jahren 1909 und 1910 in München nicht weniger als 18 Fälle von Burschen im Alter von 15 bis 18 Jahren beobachten, die wegen Vergehen nach § 175 RStGB. angezeigt worden waren. Noch ungefähr ein Dutzend waren wegen groben Unfugs angezeigt, weil sie sich in belästigender Weise an Pissoiren usw. herumgetrieben. Eine zusammenfassende Betrachtung der Einzelfälle ergibt nun ein recht interessantes Bild von Tat und Täter. Die meisten der Burschen hingen mit dem Gastwirtbetrieb zusammen. Keiner von ihnen war von Natur aus homosexuell veranlagt. Meist hatten sie ihre Mädchen. Keiner hat sich aktiv betätigt. Die psychiatrische Untersuchung ergab fast keine besonderen Anomalien. Die Mehrzahl der Burschen war durch Homosexuelle oder deren Mittelspersonen verführt worden. Öffentliche Bäder sind dabei beliebte Kuppelorte. Aber auch Rat von Kameraden bei gegenwärtiger Not hat öfter das Verständnis des naiven Knaben für diese Art mühelosen Erwerbes geweckt. In Herbergen und Kneipen wird der zugewanderte arbeitslose Junge in die nötigen Handgriffe eingeweiht. Bedürfnis-



anstalten und Anlagen sind nachher ihre Aufenthaltsorte. Saloppe Eleganz, die weiche Sportsmütze, das in der „Sechser- oder Strizzilocke“ getragene Haar, auffordernde Augensprache und nervös gepreßte aber selbstbewußte Ausdrucksweise, verrät sie dem dort Kundigen. Oft hat der Strichjunge einen Zuhälter, den eigentlichen Anstifter von Erpressungen. Da der Päderastenzuhälter als solcher heute strafrechtlich nicht zu fassen, wird er manchmal zum Angeber seines Strichjungen, wenn er mit ihm unzufrieden ist. Auch durch die Eifersucht ihrer Mädchen werden manche der Jungen der Polizei denunziert, ja einer sogar durch die Eifersucht seines homosexuellen Liebhabers. Vor Gericht sind die Jungen meist geständig. Typisch und vielsagend ist ihre Antwort auf die Frage nach der Kenntnis der Strafbarkeit ihres Tuns: „Aus der Zeitung wissen wir es, die Berichte über den Eulenburgprozeß haben wir gelesen.“ Im Gegensatz zu ihnen leugnet ihr eventuell mitverhafteter erwachsener Liebhaber immer, und gewöhnlich wird dadurch eine Verurteilung desselben unmöglich, da ja die Aussage eines sittlich verkommenen Jungen demgegenüber steht, was im Hinblick auf die vernichtenden Folgen für den angeklagten Liebhaber den Richter bedenklich zu machen pflegt. Gegen das Strichjungenübel bewährt hat sich vor allem eine Spezialpolizeiabteilung in Zivil, die die Burschen beobachtet und bald alle ihre Praktiken herausbekommt. Die Jungen müssen in eine Besserungs- oder Erziehungsanstalt kommen. Strafbestimmungen für ihre Zuhälter müssen noch geschaffen werden.

Nach **Näcke** (389) kann Alkohol bei nicht dazu Disponierten echte Homosexualität nicht erzeugen, dagegen kann er bei gegebener Disposition Inversion erwecken. Die Wirkung des Alkohols auf die Urninge ist dieselbe wie bei Normalen. Doch wird der Urning im allgemeinen wohl weniger zum Säufer. Die Gründe zum Trinken und die Trinkertypen bei den Homosexuellen sind dieselben wie bei den Heterosexuellen.

Näcke (394) führt aus, daß die tardive Homosexualität als solche sicher besteht, sehr selten ist und zur Bisexualität gehört, daß aber die meisten der spät auftretenden Fälle der Pseudohomosexualität angehören und mit der echten tardiven Homosexualität nichts gemeinsam haben; dahin gehörten die meisten Fälle der Autoren.

Ein päderastisch Mißbrauchter erhängt sich nach Erstattung der Anzeige. Nach **Ziemke** (607) fanden sich in der Mastdarmschleimhaut des Toten verschiedene Einrisse und von ihnen ausgehend eine diffuse Infiltration des Beckenbindegewebes bis zum Appendix und eitrige Peritonitis.

Juliusburger (264) vermißt im Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch eine genügende Berücksichtigung der Homosexualität. Er hält es für bedenklich, die wissenschaftlich begründete Tatsache einer Homosexualität mit den Erfahrungen des praktischen Lebens im Widerspruch stehend, als unbewiesen abzufertigen. Es könne niemand durch die Lebensbedingungen allein zu einer homosexuellen Triebrichtung gelangen. Die bisexuelle Veranlagung sei weit häufiger, als bisher bekannt sei. Der heterosexuell Veranlagte gelange bei ungünstigen Umständen zur Onanie, der bisexuell Veranlagte aber zur Homosexualität aus seiner Anlage heraus. Von Bedeutung sei aber auch die unbewußte Homosexualität für die Ehe, da die sexuelle Frigidität häufig die Ehe und die Gesundheit des anderen heterosexuell Veranlagten zu untergraben imstande ist. Die Absicht, auch die Frauen wegen homosexuellen Triebes strafbar zu erklären, sei ganz besonders gefährlich und von nicht absehbaren Folgen. (*Bendix.*)

Rohleder (460) legt sich die Frage vor: Was ist „widernatürliche Unzucht“ im neu vorgeschlagenen § 250 bei Frauen? Was sind vor allem



„beischlafsähnliche Handlungen" zwischen Frauen? Die Anzahl homosexueller Betätigungen bei Frauen werde, so meint Verfasser, ganz bedeutend unterschätzt. Semiramis, Maria Theresia, Katharina II. von Rußland wären Beispiele für Uranismus beim Weibe. Besonders aber sei die pseudohomosexuelle widernatürliche Unzucht zwischen Weibern infolge der enormen Verbreitung der weiblichen Prostitution weit häufiger als die zwischen Männern. Mindestens ca. 25 % aller Bordelldirnen betätigten sich gelegentlich gegenseitig homosexuell. Der neue Paragraph würde also der Rachsucht gerade dieser niedrig stehenden Menschenklasse einen großen Spielraum zur Denunziation und damit zu Skandalverhandlungen geben. Als Formen des weib-weiblichen Verkehrs nennt Rohleder 1. die gegenseitige Masturbation. Ist dabei die Fingereinführung und Bewegung eine „beischlafsähnliche Handlung"? Ferner besteht die „lesbische oder saphische Liebe"; die Befriedigung geschieht dabei lambendo genitalia meist mit Rollenabwechslung. Diese Art ist bei Prostituierten an der Tagesordnung, da sie die größte Wollust erregt. Eine geringere Rolle spielt der „Tribadismus", ein Aneinanderreiben der gegenseitigen Genitalien. Im Orient, in den Harems, soll er an der Tagesordnung sein. Die vierte Form ist der weibliche Kunnilingus, glans clitoridis alterius lambitur, sie ist die seltenste. Die „Paedophilia erotica homosexualis feminarum" fällt unter einen anderen Unzuchtsparagraphen. Scheußlichkeiten im heterosexuellen Verkehr bleiben straffrei, Urninge und Urninden sogar mit eingeborener Anlage zu ihrer Perversion sollen aber bestraft werden. Eine neue Prostitution wird man dadurch großzüchten, die weibliche homosexuelle; ein weibliches Erpressertum wird neu erstehen. Es wäre also am besten, man hätte überhaupt den § 175 fallen lassen. Jedenfalls hat der Ersatzparagraph 250 durch seine Ausdehnung auf das weibliche Geschlecht nicht eine Verbesserung des bisherigen § 175 gebracht, sondern eine Verschlechterung.

Schon H. Groß sagt in einem Vorwort zur Arbeit **Meyer**'s (368), daß er mit dem wenigsten einverstanden sei, was Meyer vorbringe. Dennoch sei die Darstellung des Verfassers sehr interessant. Groß präzisiert sich dahin: „Wer das psychologische Moment in dem immerwährend wirkenden Drucke der gesetzlich normierten Hemmungsvorstellung durch die angedrohte Strafe einsieht, der muß Straflosigkeit für homosexuelle Betätigung als Verzicht auf Abwehr fortschreitender Degeneration ansehen, er muß auf dem Beibehalt der vielbesprochenen Paragraphen bestehen und sinngemäß auch die Bestrafung beider Geschlechter verlangen. -- Meyer nun glaubt, viel weiter als mit der Theorie der ursprünglichen Bisexualität — zumal angesichts der Menge sich homosexuell Betätigender — mit der psychologischen Erklärung für die allmähliche Entstehung, die Erwerbung homosexueller Neigungen und Abneigungen kommen zu können. Angeboren kann nach ihm im Höchstfalle nur eines sein, nämlich die gelegentlich bis zum Widerwillen gesteigerte Abneigung gegen das weibliche Geschlecht. Die aktiven Päderasten empfänden jedenfalls stets spezifisch männlich, die passiven aber wohl garnichts außer Geldgier, und auch Männer, die (mutuell) onanierten empfänden geschlechtlich sicher nicht als Weiber, sondern suchten sich nur — als dem Triebe nach ganz natürlich und richtig empfindende Männer — Wollustgefühle und Erledigung von dem peinlich drängenden Samenüberflusse zu verschaffen ohne die eigentlich dazu gehörige Teilnahme eines mitfühlenden weiblichen Wesens. Das sei vielleicht „Schmutzerei", aber kein Grund und Untergrund zum Aufbau einer verstiegenen Theorie von einem dritten Geschlechte, keine Betätigung einer weiblich gearteten Geschlechtsempfindung. So sei auch einzig von der Sozialwissenschaft aus, nicht von seiten der



Sexualwissenschaft die Frage einer etwaigen Bestrafung oder sonstigen Abwehr der Homosexualität zu erörtern, und da bedeute denn die Duldung bei „Selbständigen“, wenn sie kein Interesse Dritter verletzten, das höchste verantwortliche Maß von Zugeständnissen. Darüber hinaus höre alles-Paktieren auf.

Hirschfeld (231) erwidert auf den Artikel Hellwigs: Homosexualität und Strafrechtsreform in der Deutsch. Med. Wochenschrift vom 16. Februar 1911. Er berichtigt Hellwigs Irrtum, daß es nur eine durch § 175 bedrohte strafbare homosexuelle Handlung, die Pädikatio, gäbe, so daß es sich also bei dem ganzen Kampfe gegen den § 175 um die Freigabe dieser Pädikatio handele. Nein, dieser Paragraph bedrohe auch mit Strafe die Immissio penis in os, Coitus inter femora, Umschlingung mit beischlafsähnlichen Bewegungen und andere Handlungen, deren Kreis bis in die neueste Zeit ständige Erweiterung erfahren habe. Hellwigs Folgerungen aus seiner Prämisse seien also falsch. Es sei aber überhaupt ein unerträgliches Unrecht, daß rechtschaffene Bürger wegen eines angeborenen Triebes, an dessen Vorhandensein sie schuldlos wären, durch den § 175 geächtet und zu Verbrechern gestempelt würden, ohne doch Verbrecher zu sein.

Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: Geh.-Rat Prof. Dr. A. Cramer-Göttingen.

1. Abbott, Grace, The Treatment of Aliens in the Criminal Courts (Report of a Sub-Committee of Committee B.) Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 554.
2. Ajello, S., Relazione di perizia medico-legale sulle condizioni somatiche e psichice del detenuto Messina Ferdinando. Gazz. med. siciliana. 1910. XIII. 289. 313. 337. 361. 385. 409.
3. Derselbe, Perizia sullo stato di mente di Giuffrida Guiseppa. ibidem. XIV. 121—124.
4. L'aliénation mentale cause de divorce. (Enquête.) Gaz. médicale de Paris. No. 96—103 ff.
5. Amaldi, Typus des Gewohnheitsverbrechers und die sog. herabgeminderte Verantwortlichkeit. La Scuola positiva. 1910. Jan.
6. Anden, G. A., Feeblemindedness and Juvenile Crime. Birmingham Med. Rev. 1910. LXIX. 147—160.
7. Añibarro, R. de, Informe de incapacidad; locura de los degenerados de forma lucida. Rev. frenopát. españ. IX. 97—104.
8. Aschaffenburg, Gustav, Die psychiatrische Sachverständigentätigkeit. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 9—10. p. 253. 288.
9. Derselbe, Die Verwahrung Gemeingefährlicher. Zeitschr. f. die ges. Rechtswissenschaft. Bd 32. p. 735.
10. Baker, W. F., Testamentary Capacity and its Observations by the Physician. Hahneman. Month. XLVI. 384—388.
11. Ballet, Gilbert, Les actes délictieux commis par les paralytiques généraux sous l'influence de l'affaiblissement du sens moral, antérieur à l'apparition de symptômes avérés de la maladie. Le Bulletin médical. 1910. No. 34. p. 395.
12. Bashenow, N., Gesetzesvorlage über Geisteskranke. I. Vers. d. russ. Verb. d. Irrenärzte. Moskau. 4.—11. Sept.
13. Beaussart, Dégénérés débiles moraux et délirants difficiles. Observations de quelques-uns de ces malades à réactions délictieuses et internements répétés, ayant passé par les corps d'épreuve d'Afrique. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 430.
14. Derselbe, Le „Cafard“. ibidem. T. XXVI. p. 365.
15. Derselbe, Le service militaire des dégénérés et débiles moraux. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. XIV. p. 99. (Sitzungsbericht.)
16. Becker, Wern. H., Ist Professor Dr. Lehmann-Hohenberg geisteskrank? Moderne Medizin. No. 1. p. 1.
17. Beschoren, Freie Willensbestimmung und Rechtspflege. Medizin. Klinik. No. 51. p. 2002.



18. Birnbaum, Karl, Einige wichtige Gesichtspunkte für die strafrechtliche Beurteilung konstitutionell-psychopathischer Personen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 7. Jahrg. H. 10. p. 606.
19. Derselbe, Psychiatrie und Strafrechtspflege vor 75 Jahren. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. H. 3. p. 24.
20. Blumm, Rich., Aus der gerichtlichen Medizin. Sammelreferat. Medizin. Klinik. No. 33. p. 1284.
21. Board, Milton, Care of the Insane Criminal. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVII. p. 1720. (Sitzungsbericht.)
22. Boeck, Ernst, Die Tätigkeit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige und das Verfahren in strittigen Fällen. Ber. über d. Österreich. Irrenärztetag z. Linz. 6. Okt.
23. Bonhomme, J., Etude séméiologique et thérapeutique des aliénés vicieux. Thèse de Montpellier.
24. Brown, Philip King, The Neurotic Basis of Juvenile Delinquency Based on Some Special Cases of the San Francisco Juvenile Court. Medical Record. Vol. 80. p. 107. (Sitzungsbericht.)
25. Bucciante, 1. Moral Insanity und Strafgesetzbuch. 2. Das Verbrechen in der Armee. Neurol. Centralbl. p. 1081. (Sitzungsbericht.)
26. Buchbinder, Einige nach epileptischen Krampfanfällen beobachtete körperliche Veränderungen vorübergehender Art. Beitrag zur gerichtsärztlichen Diagnose epileptischer Krampfanfälle. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd XLI. No. 2. p. 263.
27. Bührer, Irrenwesen und freiwillige Gerichtsbarkeit. Dtsch. Juristen-Zeitung. No. 24. p. 1478.
28. Derselbe, Irrenanstalten und Strafrecht nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 8. p. 505.
29. Butts, H., The Psychopathic Malingerer. Military Surgeon. June.
30. Carey, W. A., Text of Insanity in the Criminal Course. Ohio State Med. Journal. May.
31. Charnel et Hanry, Un aliéné en liberté. Revue de Psychiatrie. 15. 334.
32. Colin, Henri, Alcooliques et épileptiques à réactions dangereuses. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. p. 106. (Sitzungsbericht.)
33. Conradi, Louie, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der Paranoia chronica (Politischer Verfolgungswahn). Inaug.-Dissert. Kiel.
34. Coulter, Ernest K., The Mentally Defective Delinquent and the Law. Medical Record. Vol. 79. p. 464. (Sitzungsbericht.)
34a. Cramer, Strafvollzug. Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches. Jena. G. Fischer.
35. Crasemann, Edgar, Berufsvormundschaft und die volljährigen geistig Minderwertigen unter besonderer Berücksichtigung des Schutzes der menschlichen Gesellschaft vor den Unsozialen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 8. p. 465.
36. Christiani, Andrea, Contributo psichiatrico-forense allo studio dell' epilessia ed alcoolismo. Gazz. med. lombarda. No. 45. p. 441.
37. Dalmazzo, Fanny, Das Strafwesen der Jugendlichen. Scuola positiva. 1910.
38. Dauchez, H., Essai médico-psychologique sur les causes et les remèdes de la criminalité infantile. Arch. de méd. des enfants. No. 7. p. 497.
39. Deiaco, Pius, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 34–35. p. 339. 353.
40. Deroubaix, Rapport médico-légal sur l'état mental de L. A. inculpé de tentative d'assassinat. Délire de jalousie et épilépsie. Bull. Soc. de méd. mentale de Belgique. 73.
41. Dubuisson, P., et Vigouroux, A., Préface de M. le prof. Lacassagne. Responsabilité pénale et folie (étude médico-légale). Paris. Félix Alcan.
42. Eisath, Georg, Ergebnis aus dem Vergleiche ausländischer Irrengesetze. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 40. p. 397.
43. Ellison, W. A., A Plea for the Isolation of the Criminal Insane. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1756. (Sitzungsbericht.)
44. Erp Taalman Kip van, Ein Novum im Strafrecht. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 3. p. 143.
45. Derselbe, Die Bedeutung der Psychiatrie für den Strafrechtsspruch. Amsterdam. Scheltema en Holkemas Boekhandel.
46. Derselbe, Einige Thesen über die Bedeutung der Psychiaters für die Strafrechtspflege. Vortrag. Psych. en neurol. Bladen. 15. 536.
47. Eschle, R., Psychiatrische Gutachten. II. Paranoide Form der senilen bezw. präsenilen Demenz. Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 4. 62. 86.
48. Ferri, F., Die Erscheinung des jugendlichen Verbrechers, ein Ergebnis gesellschaftlicher und Familiengrundlagen, sowie von persönlicher Entartung. Scuola positiva. 1910. Jan.

49. **Filassier**, Dégénéré épileptique. Difficultés de l'examen médico-légal. L'Encéphale. No. 6. p. 553.
50. **Focke**, Vorsätzliche Befreiung gemeingefährlicher Geisteskranker. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 48. p. 450.
51. **Font, A. J., y Rodriguez, F.**, Informe médico-legal sobre el estado mental de un supuesto alienado. Rev. méd. cubana. XVIII. 82—90.
52. **Fouque**, Tentative d'homicide par impulsion épileptique chez un sujet sans accidents comitiaux antérieurs manifestes; non-lieu, internement, simulation secondaire. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. No. 4. p. 265.
53. **Freymuth, A.**, Sind die in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken „Gefangene" im Sinne der §§ 120 und 121 des Strafgesetzbuchs? Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. No. 7. p. 157.
54. **Frijlinck, G.**, Über Simulation. Psych.-jurid. Ges. 11. März.
55. **Fürstenheim, W.**, Die Beurteilung des Geisteszustandes jugendlicher Angeklagter. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 3. p. 158.
56. **Galceran Granés, A.**, Abstraccion hecha de la locura fimica? hasta qué grado modifican et psiquismo consciente y libre del tuberculoso, la tristezza, la apatia, la abulia en unos casos y el optimismo y la euforia en ostros? tales trastornos originados todos por la enfermedad? pueden considerarse como causas de incapacidad para todos ó para alguna de los derechos civiles? Rev. frenopat. espan. 1910. VIII. 326—332.
57. **Geuns, S. J. M. van**, Über den Einfluss, der in Strafsachen den Psychiatern zuerkannt werden muss. Vers. d. Niederl. Juristenver. Handelingen d. Ned. Jur.-Vereeniging. **41.** 79.
58. **Glanning**, Die ersten Anfänge staatlicher Fürsorge für Geisteskranke in Sachsen. S. A. n. D. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. VIII. Jahrg.
59. **Glaser**, Moses Hesekiel, Die forensische Bedeutung der leichteren Formen des zirkulären Irreseins. Inaug.-Dissert. Strassburg.
60. **Glanning**, Die ersten Anfänge staatlicher Fürsorge für Geisteskranke in Sachsen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 2. p. 97. (cf. No. 58.)
61. **Göring, H.**, Die Beurteilung des Vorentwurfs zu einem deutschen Strafgesetzbuch durch die Psychiater. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissensch. Bd. 33. p. 146.
62. Derselbe, Die Kritik der Psychiater an dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Referate. Bd. III. H. 2. p. 113.
63. Derselbe, Welchen besonderen Schutz gewähren das Strafgesetzbuch und der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch den Jugendlichen? Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 2. p. 144.
64. **Granjux**, A propos du Cafard. (Notes sur les troubles mentaux dans l'armée d'Afrique.) Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 826.
65. **Greco, F. del**, La mentalità criminale. Riv. di psicol. applicata. **7.** 5.
66. **Greidenberg, B.**, Zeitfragen der forensisch-psychiatrischen Expertise. I. Vers. d. russ. Verb. von Irrenärzten. Moskau. 4.—11. Sept.
67. **Gruhle, Hans W.**, Beitrag zum Studium der Kriminalität Jugendlicher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. H. 1. p. 17.
68. **Grünebaum**, Zur Frage des Arbeitshauses im Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches (V. E.). Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 2. p. 82.
69. **Gudden, Hans**, Diebstähle infolge von Zwangsvorstellungen. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Nov./Dez. p. 417.
70. **Hahn, R.**, Beitrag zur Wertung des Charakters bei der forensischen Begutachtung eines Geisteskranken. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung. No. 2. p. 29.
71. **Hartmann, Adolf**, Reform of the Criminal Law in Germany. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminol. Vol. II. No. 3. p. 349.
72. **Heilbronner, K.**, Over den invloed, die aan psychiaters in strafzaken behoort te worden toegekend. Gravenhage. F. J. Belinfante voorh. A. D. Schinkel.
73. Derselbe, Die forensische Diagnose der Epilepsie. Münchener mediz. Wochenschr. No. 9—10. p. 441. 517. u. Gazz. med. lombarda. No. 28. p. 271. (cf. Jahrg. XIV. p. 1349.)
74. Derselbe, Über den Einfluss, der in foro den Psychiatern zuerkannt werden muß. Niederländ. Juristenverein. Handelingen d. Ned. Juristenvereeniging. **41.** 1.
75. **Heine, Siegfried**, Die forensische Bedeutung der Amnesie. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLII. H. 1. p. 51.
76. **Heinicke, W.**, Über die Anfänge geistiger Störungen bei Strafgefangenen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 5. p. 276.
77. Derselbe, Zur Klinik der Gefängnispsychosen. (Ein seltener Fall von seniler Geistesstörung bei einer häufig mit Freiheitsstrafen belegten Gewohnheitsverbrecherin.) Archiv f. Psychiatrie. Bd. 46. H. 3. p. 1091.



78. Helm, v. d., Zwei Fälle von Meinungsverschiedenheit zwischen Psychiater und Rechtsanwalt. Neurol. Centralbl. p. 1147. **(Sitzungsbericht.)**
79. Hippel, R. v., Die Begriffsbestimmung der Zurechnungsfähigkeit. S. A. n. d. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft.
79a. Hoche, Die Ausnahmestellung der unehelich Gebärenden. S. A.
80. Hoffmann, P., Zur Kasuistik der militärforensischen Beurteilung imbeciller Heeresangehöriger. Friederichs Blätter für gerichtl. Medizin. März/April. p. 81.
81. Homburger, A., Über die Entmündigung bei krankhafter Haltlosigkeit und verwandten Formen der Psychopathie. Neurol. Centralbl. p. 1272. **(Sitzungsbericht.)**
82. Hoppe, H., Die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Trunkenen. Der Gerichtssaal. 77. 69.
83. Hübner und Strakosch, Zur forensischen Bedeutung der Hypnose. Neurol. Centralbl. p. 1149. **(Sitzungsbericht.)**
84. Hudovernig, Carl, Der Entwurf des neuen ungarischen Irrengesetzes (von Otto Freiherrn von Babarczi-Schwartzer). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 4. p. 494.
85. Hughes, C. H., Imbecility and the Insanity of Imbecility or Dementia Praecox before the Law. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 66.
86. Jagemann, Eugen von, Vor- und Gegenentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch als Stufen des Fortschritts. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 4. p. 194.
87. Jaksch, Rudolf, Der Gesetzentwurf über das Jugendstrafrecht. Der Amtsarzt. No. 1. p. 16.
88. Derselbe, Der Vorentwurf zur Abänderung der Strafprozessordnung. ibidem. No. 7. p. 303.
89. Derselbe, Der Gesetzentwurf über die Entmündigung. Der Amtsarzt. No. 11. p. 465.
90. Janet, P., La kleptomanie et la dépression mentale. Journal de Psychol. norm. et pathol. an. VIII. No. 2. p. 97—103.
91. Jelgersma, E., Einige Bemerkungen im Anschluss an die Papendrechter Strafsache. Amsterdam. Scheltema en Holkemas Boekhandel.
92. Julliens, Un plaidoyer „pro Sahara". (A propos d'un travail sur le „Cafard".) Arch. d'Anthropol. crim. T. 26. p. 488.
93. Juquelier, P., et Fillassier, A., Quelques documents sur la question „Aliénation mentale et divorce". Ann. médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 3. p. 449. **(Sitzungsbericht.)**
94. Jüttner, Grenzzustände in der Armee und Marine. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 573. **(Sitzungsbericht.)**
95. Kahl, Verminderte Zurechnungsfähigkeit und Jugend. Deutsche Juristenzeitung. 1910. No. 14.
96. Derselbe, Lilienthal, Liszt, Goldschmidt, Gegenentwurf zum Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuches. — Begründung zum allgemeinen Teil. Berlin. J. Guttentag.
97. Kaiser, August, Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch in seiner Bedeutung für den Arzt. Aerztl. Rundschau. No. 35. p. 409.
98. Katzen-Ellenbogen, E. W., The Detection of a Case of Simulation of Insanity by Means of Association Tests. Journ. Abnorm. Psychol. VI. 19—32.
99. Keedy, Edwin R., Insanity and Criminal Responsability (Report of Committee B of the Institute). Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 521. Discussion of the Report p. 521.
100. Keferstein, Ablehnung der Entmündigung bei einem wegen chronischer Verrücktheit pensionierten Beamten (induziertes Irresein). Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 7. p. 249.
101. Kiernan, James G., Hysteric Mimicry of Dramatic Crimes. A Medico-Legal Study of the Sangster Case. The Alienist and Neurologist. Vol. 32. No. 1. p. 97.
102. Kinberg, Olof, Über die Unzulänglichkeit aller Versuche, einen Begriff der Zurechnungsfähigkeit festzustellen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 6—7. p. 390.
103. King, J. C., Why Medical Association of Georgia Should Lead its Influence in Revising Present Commitment Laws of Insane in Georgia Journ. of Med. Assoc. of Georgia. Nov.
104. Klumker, Die neuere Entwicklung der Berufsvormundschaft. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen. 1910. No. 14. p. 157.
105. Kolisko, Alexander, Beiträge zur gerichtlichen Medizin. Bd. I. Wien. Fr. Deuticke.
106. Kraus, Herbert, Probleme der Berufsvormundschaft. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen. 1910. No. 14. p. 160.



107. Kraus, O., Zur Frage nach der strafrechtlichen Zurechnung. Bericht über den IV. Kongr. f. exp. Psychol. Berlin. 212—216.
108. Lachmund, H., Neurologisches aus den Anstalten. Progressive Muskeldystrophie, spastische Parese der Beine, Schwachsinn. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 2. p. 9.
109. Ladame, P. L., Un prophète Cévenol à Genève au XVIIIe siècle. Procès criminel de Jean-Jacques Doladille, mystique érotomane. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 387. 902.
110. Derselbe, Divorce et hallucinations. Ann. médico-psychol. 1912. 10. S. T. I. p. 77 **(Sitzungsbericht.)**
111. Derselbe, Le divorce pour cause d'aliénation mentale en Suisse. ibidem. 1912. 10. S. T. I. p. 78. **(Sitzungsbericht.)**
112. Lalanne, R., De la valeur du témoignage des aliénés en justice. Revue neurol. 2. S. p. 277. **(Sitzungsbericht.)**
113. Lamb, Robert B., The Criminal from a Medical Point of View. Medical Record. Vol. 79. p. 463. **(Sitzungsbericht.)**
114. Lambranzi, R., In causa d'annullamento di matrimonio per impotenza virile funzionale. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 384.
115. Lawrence, G. A., Alcoholism in Women in Some of its Medico-legal Aspects. Post-Graduate. XXVI. 53—63.
116. Derselbe, Some medico-legal Aspects of Inebriety. Journ. of Inebriety. 1910. XXXII. 111—124.
117. Lebedew, J, Forensischer Fall von grosser Hysterie und Somnambulismus. Aerztl. Ztg. (russ.) 18. 242.
118. Lecha-Marzo, A., Notas de medicina legal psiquiátrica. Archivos españoles de Neurol. 2. 183.
119. Leppmann, Arthur, Ein eigenartiger Fall von falscher Selbstbezichtigung. Aerztl. Sachverst. Zeitung. No. 22. p. 449.
120. Lesage et Collin, Un cas de délire infectieux sans confusion mentale et sans amnésie de fixation, avec tétanie et polynévrite au cours d'une dothiéntérie peu pyrétique chez un enfant de treize ans (guérison rapide). Arch. de Méd. des enfants. No. 7. p. 521.
121. Levi-Bianchini, M., La legge e il rigolamento sugli alienati nel Granducato di Baden. Il Manicomio. Bd. XVI. Nocera Inferiore.
122. Levy-Suhl, M., Die jugendlichen Angeklagten und ihre sittliche Reife. Die Grenzboten. 70. 479.
123. Linke, Zum Verlauf chronischer Psychosen beim Verbrecher. Motiviertes Gutachten. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 16. p. 149.
124. Lombroso, Cesare, La medicina legale delle alienazioni mentali studiata col metodo experimentale. Arch. di Antropologia crim. Vol. XXXII. No. 1—2. p. 1.
124a. Longard, Der § 22 des Vorentwurfs. S. A.
125. Lopez, Gustave, Assassinat du général Portuendo por un délirant alcoolique. Arch. de Psych. et de Crim. de Buenos-Ayres. 1910. p. 3—18.
126. Derselbe, Pérez Vento, R., e Mestre, A., Informe sobre el estado mental del Sr. F. M., que ha sufrido una lesión en el cráneo. Rev. frenopát. españ. IX. 65—71.
127. Louveaux, et Claus A., Tentative d'homicide; rapport médico-légale. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. 42—72.
128. Lucero, Amador, Mélancolie et incapacité civile. Archives de Psychiatrie, Buenos-Ayres. 1910. p. 180.
129. Lückerath, Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Aerztl. Sachverst. Zeitung. No. 3. p. 45.
130. Lungwitz, Hans, Gedanken zur forensischen Medizin. Moderne Medizin. No. 11. p. 255.
131. Lydston, G. Frank, Malingering Among Criminals. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminol. Vol. II. No. 3. p. 386.
132. MacChesney, Nathan William, Report of the President of the Institute. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 4. p. 573.
133. Mach, von, Die Eheanfechtung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit seit Inkrafttreten des B.G.B. in Deutschland. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLI. No. 2. p. 229.
134. Madia, E., Epilessia motoria; delirio preaccessuale. (Reato di rifiuto d'obbedienza e di ribellione alla forza armata; invio al tribunale militare marittimo di Spezia; irresponsabilità verdetto assolutorio, riforma). Ann. di med. nav. XVII. 64—69.
135. Maino, E., Il sistemo di prova nel trattamento della delinquenza giovanile. Rivista di psicologia applicat. Bd. VI. Imola.
136. Marx, Hugo, Die geistig Minderwertigen in einem künftigen deutschen Strafgesetzbuche. Kritisches Referat über den gegenwärtigen Stand der Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Berliner klin. Wochenschr. No. 22. p. 993.

137. **Material** zu § 1569 Bürgerl. Gesetzbuch. No. 25. (Ehescheidung wegen Geisteskrankheit). Urteil des Königl. Oberlandesgerichts in Celle (V. Zivilsenat) vom 13. Juli 1908. Psych.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 45. p. 419. No. 49. p. 455.
138. **Mathé**, L., La responsabilité atténuée. Préface de M. Joseph Reinach. Paris. Vigot frères.
139. **Mayrac**, De quelques délits militaires chez des psychopathes. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 493.
140. **Mischler**, Ländliche Arbeitsverfassung und Vormundschaftswesen. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen. 1910. No. 14. p. 158.
141. **Moeli**, C., I. Allgemeiner Teil und Übersicht. Bemerkungen z. Vorentw. d. Strafgesetzbuches. Jahresber. f. Neurolog. u. Psychiatrie. Jena. 1910. G. Fischer.
142. **Moeli**, C., I. Allgemeiner Teil und Übersicht. Bemerk. z. Vorentw. d. Strafgesetzbuches. Jena 1910. G. Fischer.
143. Derselbe, Bemerkung über die „Psychischen Mängel" als Strafausschliessungsgrund. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 11. p. 99.
144. **Möller**, Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLII. H. 2. p. 290.
145. **Mönkemöller**, Das Zucht- und Tollhaus zu Celle. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 2. p. 155.
146. **Morselli**, A., Das Verhältnis zwischen Tuberkulose und Verbrechertum. Scuola positiva. 1910. Febr.
147. **Mott**, F. W., The Relation of head injury to nervous and mental disease. Section of Neurology. Septbr.
148. **Mott**, F. W., Alcohol and Insanity. Med. Press and Circular. April 19.
149. **Müller-Schürch**, E. Herm., Neuere Gesetze in der Schweiz in ihrer Bedeutung für die Fürsorge. Zeitschr. für die Erforsch. u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1—2. p. 1.
150. **Nitsche**, Paul, und **Wilmanns**, Karl, Die Geschichte der Haftpsychosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. III. H. 5—6. p. 353. 497.
151. **North**, Ch. H., Insanity Among Adolescent Criminals. Amer. Journ. of Insanity. **67.** 677.
152. **Obersteiner**, Heinrich, Der Geisteskranke und das Gesetz in Oesterreich. Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen. Bd. VII. H. 5. p. 23.
153. **Orlando**, Das Anwachsen des Verbrechertums der Minderjährigen. Scuola positiva. Febr.
154. **Pactet**, Un cas de diagnostic difficile de l'épilepsie. Nécessité de la communication au médecin du dossier judiciaire des aliénés internés à l'occasion d'actes délictieux ou criminels. Bull. Soc. clin. de méd. ment. No. 1. p. 5.
155. **Peretti**, Simulation von Geisteskrankheit. Medizin. Klinik. No. 35. p. 1337.
156. **Petrén**, Alfred: Ett rättspsykiatreskt fall. Allmänna svenska läkartidningen. Jahrg. 8. S. 272.
157. **Picard**, Max, Die strafrechtliche Behandlung der Trunkenheit und Trunksucht im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Inaug.-Dissert. 1910. Heidelberg.
158. **Placzek**, Gutachtliche Seltsamkeiten. Leipzig. J. A. Barth.
159. Derselbe, Die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung; Schwachsinn; sexuelle Delikte. Medizin. Klinik. No. 17. p. 656.
160. **Puppe**, Gerichtsärztliche Erfahrungen bei der Begutachtung jugendlicher Krimineller. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2208.
161. **Raalte**, Fr. von, Über den Wert der Kinderaussage. Rotterdam. Nigjh en van Ditmars Uitg. My.
162. **Raecke**, Entmündigung wegen Imbecillität. Gutachten. Friedrichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Sept./Oct. p. 385.
163. **Redepenning**, Richtlinien für die Behandlung psychopathischer Fürsorgezöglinge. Sonde. No. 11. 3. Jahrg.
164. **Régis**, E., Déséquilibration mentale et divorce. Affaire Par... Rapport médicolégal. Jugement. Ann. médico-psychol. 9. S. T. 14. p. 59.
165. **Régis**, E., La question de la paralysie générale traumatique au point de vue médicolégal. Journal de Neurologie. No. 18. p. 345. u. L'Encéphale. No. 6. p. 547.
166. **Rémond**, A., L'article 491 du code civil et la réforme de la loi de 1838. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 173.
167. Derselbe, et **Voivenel** Paul, Considérations sur la criminalité infantile. Le Progrès médical. No. 7. p. 82.
168. **Richardson**, W. W., Traumatic Amnesia; a Case of Medico-legal Interest. Med. Progress. 1910. XXVI. 270. 274.



169. Richter, H., Ein Beispiel für hereditäre Belastung. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 43. H. 3—4. p. 303.
170. Ritti, Ant., Divorce pour cause de dissimulation d'accès de folie antérieure au mariage. Annales médico-psychol. 1912. 10. S. T. I. p. 65. **(Sitzungsbericht.)**
171. Rodiet, A., Les actes des mélancoliques et leur étude médico-légale. Ann. d'Hyg. publique. 4. S. T. XVI. Déc. p. 634.
172. Rohde, Max, Ein Beitrag zur Psychologie der Fahnenflucht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 3. p. 337.
173. Romagna-Manoia, A., Un caso di autodenuncia per delirio improviso e fugace. Rivista di patologia nervosa e mentale. Florenz. Bd. XVI. H. VI. 10.
174. Ruggles-Brise, Evelyn, An English View of the American Penal System. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminol. Vol. II. No. 3. p. 356.
175. Ruiz, Casabo M., Consulta médico legal en causa de homicidio por imprudencia. An Acad. de cien. méd. de la Habana. XLVII. 832—864.
176. Rupprecht, K., Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 3. p. 881.
177. Sacerdate, Anselmo, Alcune osservazioni sopra l'art. 2 della legge e gli art. 40, 41, 42 del Regolam. sui Manicomi e sugli alienati. Arch. di Antropol. crim. T. 32. fasc. 1—2. p. 123.
178. Salgó, J., Willensentschliessung und Rechtspraxis. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen. Bd. VII. H. 5. p. 3. Halle a/S. Carl Marhold.
179. Santelli et Hesnard, Vols, abus de confiance et absence illégale chez un officier de marine. Rapport médico-légal. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVI. p. 101.
180. Schermers, D., und Hamel, J. A. van, Besprechung der Gesetzentwürfe bezüglich der Übertreter des Strafgesetzes, die an einer Störung oder mangelhaften Entwicklung ihres Geistesvermögens leiden. Psych.-jurist. Gesellschaft. 27. Mai.
181. Schnitzer, Hubert, Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 1. p. 1.
182. Schnitzler, J. G., En inrichting ter onderbrenging van Gevaarlyke krankzinnigen.
183. Schnizer, E., Verletzung der Pflichten der militärischen Unterordnung im hysterischen Erregungszustand und die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Dtsch. Militärärztl. Zeitschr. H. 5. p. 207—214.
184. Schröder, Paul, Das Fortlaufen der Kinder. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 5. p. 257.
185. Schubert, Die jugendlich Schwachsinnigen im Strafrecht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 391. **(Sitzungsbericht.)**
186. Schultze, Ernst, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1. p. 1.
187. Derselbe, Die ungerechtfertigten Einweisungen in die Irrenanstalten und ungerechtfertigte Entmündigungen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 6—7. p. 420.
188. Schurig, Verminderte Zurechnungsfähigkeit. (Abänderungsvorschläge zu den §§ 63 und 65. V. E.) Der Gerichtssaal. 77. 209.
189. Seelig, P., Die Jugendlichen im Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch. Aerztl. Sachverst. Zeitung. No. 8. p. 155.
190. Seidel, Johannes, Kinder als Zeugen im Strafprozess. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 7. Jahrg. H. 11/12. p. 679.
191. Derselbe, Der Vorentwurf zu einem Strafgesetzbuch für das Königreich Serbien. Nach der amtlichen Ausgabe des Justizministeriums übersetzt und herausgegeben von Zivko Topalovits und Hans Landsberg. Berlin. J. Guttentag. ibidem. 8. Jahrg. H. 9. p. 555.
192. Sighele, S., Suggestione e responsabilità. Scuola positiva. 1910. XX. 481—489.
193. Simon, Unzurechnungsfähigkeit, geminderte Zurechnungsfähigkeit, Trunksucht in einem künftigen Strafgesetzbuch. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 7. Jahrg. H. 10. p. 593.
194. Simonin, Epilepsie psychique et délits militaires. Bull. Méd. légale de France. 14. mars 1910.
195. Smithers, W. W., The 1910 Meeting of the International Union of Penal Law. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminol. Vol. II. No. 3. p. 381.
196. Sossinska, Willibald, Die Sachverständigkeit in bezug auf § 104_2, und § 105 des Bürgerlichen Gesetzbuches (B.G.B.). Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 15—16. p. 400. 432.
197. Stammer, Georg, Strafvollzug und Jugendschutz in Amerika. Eindrücke und Ausblicke einer Gefängnisstudie. Berlin. R. v. Deckers Verlag.
198. Stärcke, A., Ein Mann, öfter bestraft mit Glioma cerebri. Psych. en neurol. Bladen. 15. 197. **(Sitzungsbericht.)**



199. Stier, Ewald, Fürsorgeerziehung und Militärdienst. S. A. a. d. deutsch. Militärärztl. Zeitschr. H. 22.
200. Stransky, Erwin, Das Affektdelikt. Allg. österr. Gerichts-Zeitung. No. 8 u. 9.
201. Derselbe, Rückwirkungen der forensischen auf die klinische Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. d. 108. **(Sitzungsbericht.)**
202. Sullivan, W. C., A Clinical Note on Alcoholic Automatism. Journ. of Inebriety. XXXIII. 1—14.
203. Syr, Algo sobre el alcoholismo, bajo el punto de vista medico legal. Bol. de cien. méd. 1910. I. 262—265.
204. Tamburini, Augusto, Questioni medico-forensi relative alla paralisi generale progressiva sperimentale in relazione alla capacità di testare. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—3. p. 456. 712.
205. Tarrius, Du témoignage des aliénés en justice. Rev. de psychothérap. XXV. 166—169.
206. Thomalla, R., Eine merkwürdige Entmündigung. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 13. p. 490.
207. Torren, J. van der, Die Zeugenaussage der Kinder. Tijdschr. v. Strafr. **22. 179.**
208. Trenel, Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande (article 1569 du nouveau Code civil). Ann. méd.-psychol. 9. S. T. 14. p. 262. **(Sitzungsbericht.)**
209. Tropeano, G., Un commune caso di dimenza, relazione sullo stato mentale di L. F. Gazz. med. sicil. XIV. 73—78.
210. Vallon, Charles, Nécessité d'un asile de sûreté pour les alcooliques criminels. Le meurtre de l'acteur Régnard. L'Encéphale. 2. S. No. 9. p. 245.
211. Vedrani, A., Le psicosi del carcere. Quaderni di Psichiatria. 1. H. 9.
212. Veit, Über Kriminalität der Epileptiker. Epilepsia. Vol. II. Wo. 3. p. 247.
213. Verderau, L., Un cás de suposada extrangulació; accusacio de parricidi. An. de med. Buttl. men. de l'Acad. de Catalunya. V. 144—149.
214. Vestberg, A., Upsala medicinska fakultets yttrande till kungl. medicinalstyrelsen med anledning af förestående revision af äktenskapslagstiftningen. Uppsala & Stockholm.
215. Viernstein, Theodor, Aerztliche Untersuchungen an Kaisheimer Gefangenen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 44—45. p. 2322. 2392.
216. Viollette, M., L'aliénation mentale cause de divorce. Gaz. méd. de Paris. LXXXII. 65.
217. Vitali, Camillo, Isterismo e capacità civile. Note cliniche e medico-legali. Arch. di Antropol. crim. T. 32. No. 6. d. 581.
218. Vocke, Befreiung von Kranken aus Anstalten. — Schädigung der Kinder durch Alkohol (Misshandlung). Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches. 1910. p. 88.
219. Vorkastner, W., Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X. Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt. Psychiatr. neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 1—8. p. 1. 34. 41. 63. 71.
220. Vries, Feijens, G. L. de, Die Zeugenaussage der Kinder. Psych.-jurid. Ges. 21. I.
221. Wagner v. Jauregg, Der Zurechnungsfähigkeitsparagraph im Strafgesetzentwurfe. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 3—4. p. 177. 256.
222. Wallon, H., Negativisme ou simulation? Le symptome de Ganser. Journ. de Psychol. norm. et path. 8. 158.
223. Wassermann, Beiträge zur Lehre von den Beziehungen zwischen Alkohol und Verbrechen. Gerichtssaal. 78. 445.
224. Weber, Psychologie der Haft und Haftpsychosen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 2. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
225. Weber, L. W., Ist ein gemeingefährlicher Anstaltskranker ein Gefangener im Sinne der §§ 120, 121 St.G.B.? Sprechsaal. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 2. p. 103.
226. Wellstein, Die Strafprozessreform in der Kommission des Reichstags. Monatschr. f. Kriminalpsychol. 7. Jahrg. H. 11/12. p. 695.
227. Wendt, Erich, Ein Beitrag zur Kasuistik der „Pseudologia phantastica". Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 482.
228. Weygandt, W., Die Entwicklung der gerichtlichen Psychiatrie und Psychologie. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 4. p. 209.
229. Wilmanns, Kurt, Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen. S. A. a. d. Zeitschr. f. Psychiatrie". Bd. 67. 2 Hefte.
230. Derselbe Die praktische Durchführbarkeit der Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurfe. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 3. p. 136.
231. Wilson, Woodrow, Duty of the Lawyer. The Alienist and Neurol. Vol. XXXII. No. 3. p. 451.



232. Wolner, O. H., Mental Defective and its Relation to Criminality. Journ. of Minnesota State Med. Ass. and Northwestern Lancet. Oct. 14.
233. Wyrubow, N., Gesetzgebung und geisteskranke Verbrecher. Psych. d. Gegenwart. (russ,) **5.** 620.
234. Derselbe, Zur Frage der Fürsorge und Behandlung geisteskranker Verbrecher. Revue f. Psych. (russ.). **16.** 16.
235. Zabbé, Johannes, Die Dementia praecox in ihrer Beziehung zur sozialpolitischen Gesetzgebung. Inaug.-Dissert. Königsberg.
236. Zeitlin, J., Paranoia oder Simulation. Korsakowsches Journal f. Neuropath. (russ.) 11. 66.
237. Ziemke, Ernst, Der § 56 St.G.B. und seine Beziehung zum Schwachsinn. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 5. p. 266.
238. Zingerle, H., Über das Greisenalter in forensischer Beziehung. S. A. a. d. Archiv f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik. Bd. 40.

Auch im verflossenen Berichtsjahr haben sich nur wenige Autoren gefunden, welche sich mit schwebenden wichtigen Fragen des Zivilrechts beschäftigen. Jeder fühlt sich vielmehr berufen, Strafrechtsreform zu treiben und, was die Jugendlichen betrifft, sind die Arbeiten von Berufenen und Unberufenen so zahlreich, daß eine besondere Kommission eingesetzt werden müßte, um alles durchzulesen, um den Spreu vom Weizen zu sondern. Namentlich das Laienelement macht sich auf diesem Gebiete breit, ähnlich wie in der Frage der Schulreform. Es fehlt dabei manchmal vollständig das Bewußtsein, daß in allen diesen Fragen nur der urteilen kann, welcher auf Grund eingehender praktischer Studien sich eine genaue Kenntnis des in Betracht kommnden Menschenmaterials erworben hat.

Wir hoffen, daß es uns gelungen ist, die Arbeiten herauszufinden, welche unsere Wissenschaft fördern, und geben ferner der Hoffnung Ausdruck, daß die wichtigen, gut begründeten Forderungen der praktischen Psychiatrie bei der definitiven Strafrechtsreform nicht ganz übersehen werden.

I. Strafprozess und Strafprozessreform.

Im Anschluß an eine zusammenfassende Hervorhebung der für den Psychiater wichtigen Bestimmungen des allgemeinen Teiles des Vorentwurfs widmet **Moeli** (141, 142) den beiden Hauptpunkten Schuld und Strafe einerseits und den neu eingeführten Sicherungsmaßregeln andererseits einige allgemein gehaltene kritische Bemerkungen. Er erkennt die Vorzüge, die der Vorentwurf bringt, an, so die größere Freiheit des richterlichen Ermessens, die Erweiterung der Strafordnung, die Heraufsetzung des nicht straffähigen Lebensalters bis zum 14. Jahr, die von gerichtlicher Entscheidung abhängige Verwahrung und Behaltung sicherheitsgefährlicher Zurechnungsunfähiger, die grundsätzlichen Verbesserungen im Strafvollzuge und die Sicherungsmaßnahmen gegen die trotz psychischer Mängel Strafbaren nach der Strafvollstreckung. Im einzelnen wird das Für und Wider psychiatrischer Anforderungen bei der gesetzmäßigen Ausgestaltung dieser Punkte besprochen. Im Schlußwort wird hervorgehoben, daß „ . . . der Wunsch, die wesentlichen Abweichungen auf psychischem Gebiete, nicht nur die auffälligsten, im Rechte, und zwar in ihren verschiedenen Beziehungen berücksichtigt zu sehen, langsam mit der wachsenden Kenntnis der Tatsachen gereift ist."

In scharfer Kritik wendet **Aschaffenburg** (9) sich gegen die im Vorentwurf formulierte Fassung des § 63, des Zurechnungsfähigkeitsparagraphen. Wenn er auch früher der vorgesehenen Fassung zugestimmt hat, daß nicht strafbar sein soll, „wer zur Zeit der Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war", so erheben sich ihm jetzt schwerwiegende Bedenken gegen diese Bezeichnung der die Verantwortung ausschließenden Zustände, und



er möchte sie ersetzt sehen durch die treffenderen Begriffe der Geistesstörung, Geistesschwäche und Bewußtseinsstörung.

Den durchaus unbrauchbaren, im Vorentwurf wiederkehrenden Ausdruck der „freien Willensbestimmungen“ möchte Verfasser ganz eliminiert sehen und schlägt dafür in Anlehnung an den österreichischen Strafgesetzentwurf eine Abänderung vor, die den Grad der Zurechnungsunfähigkeit danach bemißt, daß der Täter „nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln“.

Die mit dem Vorentwurf neu eingeführte Internierung der wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen aus Gründen öffentlicher Sicherheit ist eine Maßnahme, die immer dringender werdende Wünsche erfüllt. Diese Kriminellen gehören, wie Verfasser betont, als Kranke in die Heil- und Pflegeanstalten. Jedoch hält er auch in geeigneten Fällen die Unterbringung in Privatanstalten für angebracht.

Die Aufnahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist, wie Verfasser hervorhebt, als ein freudig zu begrüßender Fortschritt anzusehen. Für ihre gesetzmäßige Charakterisierung schlägt Verfasser eine unter dem Gesichtspunkt der „erheblichen Beeinträchtigung der Fähigkeit, das Unrecht der strafbaren Handlung einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln“ vorzunehmende Änderung vor.

An Stelle der juristisch bedenklichen Bestimmung des Vorentwurfs, nach der vermindert Zurechnungsfähige nach den Vorschriften über den Versuch bestraft werden, möchte Verfasser die in das Ermessen des Richters gestellte Strafmilderung treten sehen.

Dagegen, daß die verminderte Zurechnungsfähigen gleich den Unzurechnungsfähigen aus Interesse öffentlicher Sicherheit den Heil- und Pflegeanstalten überwiesen werden, wendet sich Verfasser entschieden, hält vielmehr die Einrichtung besonderer Anstalten für diese Elemente notwendig, da sie nicht den Geisteskranken der Heil- und Pflegeanstalten zugerechnet werden können.

An den Bestimmungen über die strafrechtliche Behandlung Trunkener macht Verfasser Vorschläge mehrfacher Änderung. Er schiebt den Wert der gerichtlich verfügbaren Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt für die Mehrzahl der auf Trunkenheit zurückzuführenden strafbaren Handlungen in der Vordergrund, schätzt die Verfügung des Wirtshausverbots nach den Erfahrungen der Praxis sehr gering ein, verspricht sich dagegen mehr Erfolg als von der Strafe von dem Versuch der bedingten Verurteilung mit gleichzeitiger Auferlegung der Verpflichtung zu völliger Enthaltsamkeit. Besonderen Wert legt Verfasser darauf, daß eine Möglichkeit dafür geschaffen wird, rückfällige Tinker vor der erneuten Begehung einer strafbaren Handlung durch sofortige dauernde Internierung unschädlich machen zu können.

Es sind besonders die psychopathischen und Grenzzustände, die **Cramer** (34a) in ihren Beziehungen zum Strafvollzug einer Besprechung unterzieht. Nach einer Erwähnung, daß diese Grenzzustände gemäß den Bestimmungen des § 63 Abs. 1 und 2 des Vorentwurfs von der Todesstrafe nicht getroffen werden können, wendet Verfasser sich der für besondere Fälle bei der Vollstreckung der Zuchthaus- und Gefängnisstrafen vorgesehenen Verschärfung der Strafarten zu. Es wird anerkannt, daß es Grenzzustände gibt, in denen die Anwendung dieser Schärfungen ohne Schädigung durchführbar ist, daß sie im Gegenteil geeignet erscheint, Hemmungen anzuerziehen; es wird anderseits auf die Gefahr hingewiesen, daß in anderen Fällen durch dieses Mittel die Entwicklung eines ausgeprägteren Grenzzustandes oder die Verschlimmerung eines vorhandenen zu befürchten ist, einer Gefahr, der



durch rechtzeitiges Erkennen dieser Zustände durch den Gefängnisarzt vorgebeugt werden muß.

Übergehend zur bedingten Strafaussetzung erkennt Verfasser den Fortschritt, der damit gemacht wird, voll an; er bedauert nur, daß ihre Vollziehung an Strafen bis 6 Monaten gebunden ist, und bezeichnet es als einen wahrscheinlich nicht erfüllbaren Wunsch, daß zur Anwendung der bedingten Strafaussetzung die Dauer der verhängten Strafe überhaupt nicht normiert werde.

Weiterhin wendet Cramer sich dagegen, daß die als vermindert Zurechnungsunfähigen verurteilten Grenzzustände einer Heil- und Pflegeanstalt nach Verbüßung ihrer Freiheitsstrafe überwiesen werden, vielmehr weist er sie neu zu schaffenden Zwischenanstalten zu; er legt Verwahrung dagegen ein, daß die als unzurechnungsfähig Freigesprochenen über die Dauer ihrer Erkrankung hinaus in Irrenanstalten untergebracht werden. Derselbe Gesichtspunkt, daß die Heil- und Pflegeanstalten nur für Krankenbehandlung und Pflege, nicht aber für Strafvollstreckung in Betracht kommen, ist es, der Verfasser gegen die Unterbringung vermindert zurechnungsunfähiger Jugendlicher in Irrenanstalten zur Verbüßung ihrer Freiheitsstrafe Einspruch erheben läßt. Im übrigen begrüßt Cramer die Vorschriften über die strafrechtliche Behandlung Jugendlicher als einen wesentlichen Fortschritt und macht im Anschluß daran aus seiner langjährigen Erfahrung Vorschläge über die besondere Behandlung psychopathischer und nichtpsychopathischer Jugendlicher, besonders solcher mit unangenehmen Charaktereigenschaften.

Longard (124a) tritt für die nach § 22 des Vorentwurfs in Anwendung kommende Einzelhaft ein. Er verkennt nicht die Körper und Geist drohenden Schädigungen, wie er sie in langjähriger praktischer Erfahrung kennen gelernt hat; er bespricht die meist auf dem Boden der Entartung entstehenden Krankheitsbilder der Einzelhaft, jedoch glaubt er, daß die Gefahr für ihre Entstehung durch die neuzeitliche, besser ausgestaltete Art der Isolierung wesentlich herabgemindert ist. Den nachteiligen Wirkungen stellt er die Vorteile der Einzelhaft gegenüber, wie Ausschaltung des schädigenden Milieus und der Beeinflussung durch Mitgefangene, bessere Einwirkungsmöglichkeiten durch die dazu berufenen Organe, Anerziehung von Hemmungen usw.

Energisch macht Verfasser Front gegen die im Vorentwurf vorgesehenen Schärfungen, besonders auch dagegen, daß sie gleich bei der Urteilssprechung vom Richter verfügt werden. Er befürchtet von ihnen neben schwerer körperlicher und geistiger Schädigung eine Stärkung innerer Verbitterung und Widerstrebens bei den so bestraften Individuen.

Nachdem **Schultze** (186) der Einheitlichkeit des Verfahrens im Vorentwurf für die Verwahrung unzurechnungsfähiger und vermindert zurechnungsfähiger Personen zugestimmt hat, begrüßt er es als erfreulichen Fortschritt, daß die Entscheidung über diese Verwahrung aus dem Ermessen der Landespolizeibehörde in die Hände des Richters gelegt ist, während für die Dauer der Verwahrung die ärztlichen Beobachtungen von ausschlaggebender Bedeutung sein müssen, um der hierüber befindenden Landespolizeibehörde die Grundlagen zu liefern. Als zuständige Gerichte empfiehlt Verfasser die ordentlichen Gerichte, während er die Verwaltungsgerichte schon wegen des bei ihnen mittätigen Laienelements für ungeeignet hält.

In längeren Ausführungen wendet Verf. sich dagegen, daß das Entmündigungsverfahren als das für die gesetzliche Verfügung der Verwahrung geeignete Verfahren angesehen werden könnte, da Verlust der Geschäftsfähigkeit und Gemeingefährlichkeit sich durchaus nicht in allen in Betracht kommenden Fällen decken. Er schlägt ein an das Entmündigungsverfahren sich anlehnendes Sicherungsverfahren vor, in dem der Staatsanwaltschaft



wie im ersteren eine wesentliche Rolle eingeränmt wird, in dem zur Verwahrung Verurteilten ein gesetzlicher Vertreter in Gestalt eines Fürsorgers gestellt wird, und in dem keine Entscheidung ohne Anhörung eines Sachverständigen, für den in erster Linie die Anstaltsärzte in Betracht kommen, getroffen wird. Das Recht der Beschwerde und des Antrags auf Entlassung sichern weiter die Rechte des Verwahrten, für dessen Unterbringung eine Höchstdauer festzusetzen nicht ratsam ist, da diese von dem Zustand des Täters abhängig gemacht werden muß.

Hoche (79a) tritt dafür ein, daß die Ausnahmestellung, die der unehelich Gebärenden bei Tötung ihres Kindes im Strafgesetzbuch eingeräumt ist, auf die Gebärende überhaupt ausgedehnt werde, da nicht nur psychische und nervöse Gesamtdisposition der Mutter, sowie die Einflüsse des Geburtsaktes auf die Psyche in beiden Fällen tiefgreifende geistige Veränderungen zur Folge haben können, sondern auch besonders erschwerende Momente, speziell sozialer Art ihre unheilvolle Wirkung bei ehelich Gebärenden unter besonderen Umständen ebenso geltend machen können, wie es bei unehelich Gebärenden relativ häufig der Fall ist.

Vocke (218) möchte im Vorentwurf besondere gesetzliche Bestimmungen eingefügt sehen, die die Befreiung von Geisteskranken, Trinkern und Körperlichkranken, die auf richterliche Anordnung wegen Gemeinfährlichkeit in einer Anstalt untergebracht sind, aus dieser Anstalt unter Strafe stellen, einem Beispiel folgend, das durch die gesetzlichen Verfügungen anderer Länder schon mehrfach gegeben ist. Die Ausdehnung der Strafvorschriften über Gefangenenbefreiung auf obige Fälle weist er als wesensverschieden zurück, insbesondere scheint ihm Strafandrohung wegen Fahrlässigkeit bei der Entweichung eines gemeingefährlichen Kranken als mit dem Wesen der Behandlung in einer Krankenanstalt unvereinbar.

Den Bruch der vormundschaftlichen Gewalt über einen entmündigten Geisteskranken möchte Verf. geahndet sehen wie Kinderraub.

In zwei Schriften übereinstimmend bringt **Göring** (62) ganz kurz die Kritik, die der Vorentwurf von Psychiatern erfahren hat, zur Geltung. Er faßt die Wünsche der Psychiater wie folgt zusammen:

1. Die Krankheitsbezeichnungen in § 63 I sind zu eng gefaßt.
2. Der Ausdruck „freie Willensbestimmung“ ist ungeeignet.
3. Über die vermindert Zurechnungsfähigen sollen noch Erhebungen stattfinden.
4. Liegen bei dem Täter Abweichungen des psychischen Lebens vor, soll dem richterlichen Ermessen möglichste Freiheit gelassen werden.
5. Die Berücksichtigung des Geisteszustandes vermindert Zurechnungsfähiger beim Strafvollzug ist am Platz.
6. Wer trotz seiner Minderwertigkeit bestraft werden konnte und mußte, gehört wegen dieser Minderwertigkeit nachträglich nicht in eine Heil- oder Pflegeanstalt.
7. Auch bei Freisprechung auf Grund des § 63 muß die Täterschaft festgestellt werden.
8. Die Frage, von wem und wann die Verwahrung und Entlassung anzuordnen ist, muß nochmals erwogen werden.
9. Die Bestimmungen über die selbstverschuldete sinnlose Trunkenheit sind ungeeignet.
10. Die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt soll unabhängig sein von Strafhöhe und -art und auch bei Freisprechung zulässig sein.
11. Die Bestimmungen über Trunksucht und Trunkenheit sind möglichst zusammenzufassen.

12. Heil-, Pflege- und Erziehungsanstalten sind keine Strafanstalten für jugendliche Verbrecher.
13. Strafschärfungen sollen bei vermindert Zurechnungsfähigen nicht ausgesprochen werden.
14. Die bedingte Strafaussetzung ist für Erwachsene ebenso empfehlenswert wie für Jugendliche.
15. Die vorsätzliche Befreiung von Geisteskranken ist unter Strafe zu stellen.

Wenngleich **Wilmanns** (230) in seinen Ausführungen, denen ein im April 1911 in der Stuttgarter Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie gehaltener Vortrag zugrunde liegt, zugeben muß, „daß die Sicherung eines großen Teils der geistig abnormen Verbrecher nur durch ausdrückliche Berücksichtigung ihrer verminderten Zurechnungsfähigkeit im Gesetze möglich ist", daß aus der anfänglichen Unsicherheit sich allmählich eine Gleichmäßigkeit in der Beurteilung der vermindert Zurechnungsfähigen entwickeln könne, so glaubt er doch, „daß die Begründung des Vorentwurfs von irrigen Anschauungen ausgeht, daß sie die Unbeeinflußbarkeit der meisten hier in Betracht kommenden Geisteszustände verkannt, den bessernden Einfluß der Strafe auf die vermindert Zurechnungsfähigen somit zu hoch bewertet und ihre Verbreitung unter den Kriminellen weit unterschätzt hat".

Verf. glaubt, daß eine konsequente Anwendung der §§ 63 und 65 des Vorentwurfs wegen der Schwierigkeit, besonders die auf affektivem Gebiet liegenden Abweichungen zu erkennen, nicht durchführbar sein wird, oder daß sie als Handhabe für die kriminelle Entlastung Bemittelter von diesen benutzt und so die Gefahr einer Klassenjustiz heraufbeschworen werden könnte. Er glaubt, daß den Verhältnissen ausreichend Rechnung getragen wird, wenn die Elimination der vermindert Zurechnungsfähigen, die sich dem geordneten Strafvollzuge nicht anzupassen vermögen, nach der Überführung der Verurteilten in die Strafanstalt erfolgt, und schlägt vor, diese in kleineren, im Anschluß an die Strafanstalt errichteten und unter ärztlicher Leitung stehenden Abteilungen unterzubringen, wie das bereits in einzelnen Bundesstaaten mit gutem Erfolge geschieht.

Marx (136) hält die Zurechnungsfähigkeitsbestimmung des Vorentwurfs für verfehlt, weil zu einseitig das verstandesmäßige Vorstellungsmoment betont wird und, wie späterhin an einem Beispiel erläutert wird, die Krankhaftigkeit der Motive hierin ebensowenig zur Geltung kommt, wie in der Fassung des von Kahl, von Liszt, von Lilienthal und Goldschmidt gemeinsam zusammengestellten Gegenentwurfs zum Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuchs.

Den Schwerpunkt der Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit sieht Verf. mit Cramer in der richtigen Behandlung der geistig Minderwertigen nach der Verurteilung, die individualisierend den verschiedenen Typen der Minderwertigen angepaßt sein muß. Er begrüßt in dieser Hinsicht besonders die Verfügungen des Gegenentwurfs über die Einrichtung besonderer Anstalten für die zu Freiheitsstrafen verurteilten Minderwertigen, über die Einrichtung staatlicher Gesundheitsaufsicht über die aus der Strafhaft entlassenen Minderwertigen und der Schutzaufsicht über entlassene Zuchthausgefangene.

Zum Schluß wendet Verf. sich an der Hand von zwei von Cramer beobachteten Fällen noch gegen die im Vorentwurf vorgesehene strafrechtliche Beurteilung selbstverschuldeter Trunkenheit, für die er es dem Ermessen des Richters im Einzelfall überlassen will, ob eine Strafmilderung Platz greifen soll oder nicht.



Es werden hier von juristischer Seite von **Simon** (193) gewichtige Bedenken gegen die Fassung obiger Begriffe im Vorentwurf geltend gemacht. Bei Besprechung des § 53 Abs. I des Vorentwurfs wendet Verf. sich gegen die erneute Aufnahme des Begriffs der „freien Willensbestimmung“. Er hält die von Leppmann vorgeschlagene Fassung: „nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit nicht die Fähigkeit besaß, die Strafbarkeit seiner Handlung zu erkennen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln“ für geeigneter.

Die Bestimmungen über Trunkenheit enthalten eine Inkonsequenz und sind unzweckmäßig, zudem genügen die allgemeinen Regeln über Zurechnungsfähigkeit auch für diese Fälle, die Bestimmungen bleiben daher am besten weg. Sehr bedenklich erscheint dem Verf. die Einfügung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit, da hierdurch eine neue Zwischenstufe geschaffen wird, die keine scharfe Abgrenzung ermöglicht, die „lediglich einen bequemen Ausweg bietet, wenn Gefühl und Stimmung sich gegen ein freisprechendes Urteil wehren.“ Der Schutz der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Individuen ist Sache der Verwaltungsbehörden. Zudem fällt erschwerend ins Gewicht, daß für all diese Zwecke Trinkerheilanstalten und Sicherungsanstalten mit Einführung des neuen StGB. neu zu schaffen und die hierfür nötigen erheblichen Geldmittel bereit zu stellen sind.

Die Arbeit von **Picard** (157) gibt neben einem Überblick über die geschichtliche Entwicklung der einzelnen gesetzgeberischen Fragen eine Zusammenstellung der zu den Bestimmungen des Vorentwurfs geäußerten juristischen Meinungen. Im Besonderen möchte Verf. im § 64 statt „die auch bei fahrlässiger Begehung strafbar ist“ den Wortlaut „die bei fahrlässiger oder vorsätzlicher Begehung strafbar ist“ setzen und noch einen zweiten Absatz einfügen: „Wußte der Täter aus Erfahrung, daß er im Rausche zu strafbaren Handlungen neigt, so kann die für die vorsätzliche Begehung angedrohte Strafe eintreten.“

Die Schrift von **Jaksch** (88) bringt im wesentlichen eine Zusammenstellung derjenigen Änderungen in der österreichischen Strafprozeßordnung, die mit der Einführung der neuen Strafgesetze in die alte Strafprozeßordnung eingeführt werden sollen. Sie sind so vielseitig besprochen und bekannt, daß sich ein Eingehen auf dieselben erübrigt.

In einem am 10. Oktober 1910 vor der Kriminalistischen Vereinigung in Wien gehaltenen Vortrag über obigen Paragraphen des österreichischen Vorentwurfs weist **Wagner v. Jauregg** (221) zunächst nach, daß, wenn auch das Gesetz in seiner Begründung es ausdrücklich ablehnt, zu der Weltanschauungsfrage, Determinismus — Indeterminismus, Stellung zu nehmen, in der richterlichen Praxis die Anerkennung des Prinzips der freien Willensbestimmung zweifellos seine Geltung behält, während der psychiatrische Sachverständige, auf dem Boden des naturwissenschaftlichen Determinismus stehend, nicht in der Lage ist, sich über die Frage der Zurechnungsfähigkeit zu äußern. Vielmehr muß sich der Richter auf Grund des psychiatrischen Gutachtens über Vorhandensein, Grad und Art einer geistigen Störung ein Urteil über die Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit selbständig bilden.

Die Fassung des ersten, die krankhaften Symptome enthaltenden Teils des Paragraphen billigt Vortragender, während er den zweiten lieber durch den von Aschaffenburg vorgeschlagenen Wortlaut „oder dieser Einsicht gemäß zu handeln“ ersetzt sehen möchte.

Vortragender hebt die Schwierigkeiten hervor, die dem Richter aus der Anforderung erwachsen, das Fehlen dieser Einsicht bei Menschen mit antisozialen Neigungen zu erkennen, und betont die Bedeutung, die darin



liegt, daß die Zurechnungsfähigkeit des Täters auf die konkrete Tat geprüft werden muß.

Durch die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit wird dem Richter Erleichterung geschaffen, da sie ihm die bei dem heutigen Stande der Wissenschaft nötige Freiheit der Bewegung in dem Finden des Urteils gibt.

Nach **Hudovernig** (84) wurde der Entwurf des ungarischen Irrengesetzes, das ausschließlich administrativer resp. verwaltungsrechtlicher Natur ist, in seinen Grundzügen 1902 festgelegt und harrt seit 1904 seiner Gesetzwerdung, während die straf- und zivilrechtlichen Angelegenheiten der Geisteskranken noch einer anderen gesetzlichen Regelung vorbehalten bleiben. Der vorliegende Entwurf enthält Bestimmungen über Aufnahme, Unterbringung und Entlassung von Geisteskranken ähnlicher Art, wie sie auch bei uns in Deutschland geübt werden. In Besonderheiten paßt er sich der Eigenart des Landes an.

Nach einem kurzen Überblick über die historische Entwicklung der Psychiatrie und Psychologie weist **Weygand** (228) darauf hin, wie eng die Beziehungen zwischen dem Gerichte und gerade dem psychiatrischen Sachverständigen sind. Die Psychopathologie in kriminellen Angelegenheiten berührt in ihren Untersuchungen die Stellung des Individuums zur Tat, die Schuldfrage selbst, und von der Stellung des Gerichtes zum Gutachten des Psychiaters hängt das Urteil ab.

Müller (149) bespricht neuere Gesetze in der Schweiz in bezug auf die Bedeutung für die Fürsorge. Das neue schweizerische Zivilgesetz ist schon am 1. Januar 1912 in Kraft getreten, die Ausführungsbestimmungen werden in den kantonalen Einführungsgesetzen gegeben. Zum Strafrecht besteht erst ein Entwurf. Aus Zivil- und Strafrecht wie aus der Fabrikgesetzgebung hebt Müller die für Kinder und Jugendliche in Betracht kommenden Bestimmungen hervor; er begrüßt den ersten Versuch einer Jugendgerichtsbarkeit in der Schweiz mit großer Freude.

In einer ausführlichen Abhandlung bespricht **Heilbronner** (72) die Frage über den Einfluß, der dem Psychiater in Strafsachen eingeräumt werden soll. Im allgemeinen ist Heilbronner der Ansicht, daß sich der Sachverständige streng an das ihm durch sein Fachwissen gesteckte Gebiet halten soll, insbesondere nicht in bezug auf normal-psychologische Fragen zuständig sei. Andererseits ist oft der Richter für kleine Winke von seiten des Psychiaters dankbar, wie ja überhaupt nur ein gedeihliches Arbeiten durch verständnisvolles Zusammengehen des Richters und des Sachverständigen möglich ist. Hervorheben möchte ich noch, daß Heilbronner dem Sachverständigen zur Vorbereitung des Gutachtens Einfluß auf den Gang der Ermittlungen eingeräumt wissen möchte.

Aschaffenburg (8) weist darauf hin, daß der psychiatrische Sachverständigen sich und seine Überzeugung an die Bedürfnisse des Forums anpassen muß, und daß Kenntnis der einschlägigen Gesetze Vorbedingung für eine dem Richter verständliche Klarlegung ist. Besonders der § 51 des StGB. in seiner jetzigen Fassung wird einer kritischen Betrachtung unterzogen und folgender Wortlaut für die neue Fassung des § 51 in der lex ferenda, entsprechend dem Übereinkommen der Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie, vorgeschlagen: „Nicht strafbar ist, wer sich zur Zeit der Handlung in einem Zustand von Geistesstörung, Geistesschwäche oder Bewußtseinsstörung befunden hat, durch den er nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln." Außer verschiedenen interessanten Fragen in den Wechselbeziehungen



zwischen Gesetzgebung und Psychiatrie, die mehr oder minder kurz erörtert werden, geht der Autor ausführlicher auf den Begriff der Zurechnungsfähigkeit, der Geschäftsfähigkeit, Geisteskrankheit und Geistesschwäche, wie auf den § 1569 des BGB. ein. Zum Schluß macht noch der Autor einige sarkastische Bemerkungen über die mehr wie geringe finanzielle Entschädigung für den enormen Zeitaufwand und die oft geringschätzige Behandlung, die dem Sachverständigen als Entgelt für seine Mühewaltung häufig von seiten des Staatsanwaltes und des Verteidigers zuteil wird.

Salgó (178) verwirft den im Strafrecht enthaltenen Begriff der Zurechnungsfähigkeit resp. der freien Willensentschließung, indem er darauf hinweist, daß jeder Mensch in seinem Handeln von äußeren und inneren Momenten gedrängt wird. In etwas sophistischer Weise führt er aus, daß schon die Fragestellung nach der freien Willensentschließung falsch sei; es müßte im Gegenteil danach gefragt werden, ob die durch Gesetz usw. gegebenen Hemmungen weggefallen sind. Auf jeden Fall geht Salgó viel zu weit, wenn er das Urteil über Willensfreiheit „niemals als das Resultat naturwissenschaftlicher Untersuchung oder Erfahrung, sondern immer nur eines subjektiven Glaubens“ ansieht. Wenn der Sachverständige in einwandsfreier Weise nachweisen kann, daß das Tun und Lassen eines Angeklagten als eine Folge einer geistigen Erkrankung anzusehen ist, so ist der Ausschluß der freien Willensbestimmung durch den Richter als kein „subjektiver Glaube“ mehr zu bezeichnen. Salgó verwirft den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit und macht dann entsprechend der Aufgabe der Gesellschaft, antisoziale Handlungen von vornherein zu verhindern, den Vorschlag, abnorm veranlagte unsoziale Individuen auszuschalten und in entsprechenden Anstalten unterzubringen. Daß bei einem beträchtlichen Teil solcher minderwertigen Individuen erst durch unsoziale Handlungen die Unfähigkeit, sich im Leben zu behaupten, offenbar wird, berücksichtigt Verf. nicht in genügender Weise; andererseits ist von seinen Forderungen wenigstens in Deutschland schon manches in der Praxis durchgeführt.

v. Hippel (79) definiert in Anlehnung an den österreichischen Entwurf den Begriff der Unzurechnungsfähigkeit folgendermaßen: Unzurechnungsfähigkeit liegt vor, wenn infolge von Bewußtseinsstörung, krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder mangelnder Verstandesreife der Täter unfähig war, das Unrecht (bzw. die Strafwürdigkeit) seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen. Verminderte Zurechnungsfähigkeit besteht dann, wenn jene Fähigkeit des Täters zwar nicht fehlte, aber wesentlich herabgesetzt war.

Ebenso wie v. Hippel will auch **Moeli** (143) den Begriff der freien Willensbestimmung nicht mit in das neue Strafgesetz übernommen wissen.

Obersteiner (152) berichtet über das Verhältnis der Geisteskranken zu den neuen Gesetzentwürfen, die bedeutende Verbesserungen gegen die alten Gesetze aufweisen. Ein besonderes Irrengesetz, das allen Beziehungen zwischen Geisteskranken und Gesetz gerecht würde, hält der Autor für nicht denkbar.

Stransky (200) findet, daß die Affektdelikte, deren Antrieb in einem krankhaft übertriebenen Affekt zu suchen ist, auch in der neuen Fassung des österreichischen Strafprozeßentwurfes nicht genügend berücksichtigt sind; er möchte den Begriff der Willensstörung in den neuen § 3 (unserem § 51 entsprechend) hineingebracht wissen. Stransky gibt dann einen von gut gewählten Beispielen begleiteten Überblick über das Gebiet der pathologischen Affektzustände.

Als ein Novum im Strafrecht führt **von Erp Taalman Kip** (44) den in einem langwierigen Prozeß vom Untersuchungsrichter an drei Psychiater

gerichteten Auftrag an, über die ganze Sache „eine psychiatrisch-psychologische Untersuchung anzustellen". Der Tatbestand war folgender: Ein Arbeiter will auf dem Rathaus Papendrecht von Gendarmen mißhandelt sein; er sucht einen Rechtskonsulenten auf, der unter jenes Namen einen scharfen Artikel in die Presse lanciert. Der Arbeiter wird wegen Beleidigung verurteilt, auch Berufung und zweimalige Kassation der Arreste ändern nichts an der Verurteilung. Jetzt kamen eine Menge von Zeugen, die über die Brutalität der Gendarmen in Papendrecht Aussagen abgaben, Mißhandlungen, Provokationen, falsche Protokolle, sogar Meineide waren ihnen von allen Seiten vorgeworfen, eine Reihe anderer Personen sagte Günstiges über die Gendarmen aus. Bei der nun durch den Untersuchungsrichter veranlaßten psychiatrischen Untersuchung der wichtigsten Zeugen zeigte sich, daß der geistige Urheber der Beschuldigungen gegen die Gendarmerie, dieser oben erwähnte Rechtskonsulent, an Querulantenwahnsinn litt, der Angeklagte selbst imbezill war und eine ganze Anzahl der übrigen Belastungszeugen nicht geistig normal war und sich zu kritiklosen Beschuldigungen hatte veranlassen lassen. Die Presse verwarf in scharfer Weise zum überwiegenden Teil diese Heranziehung der Psychiater; trotzdem ergibt sich aus diesem Falle ohne allen Zweifel die Notwendigkeit, daß in Zukunft mehr als zuvor Zeugen psychiatrisch untersucht werden.

II. Zivilrechtliches.

Keferstein (100) berichtet über einen Fall von chronischer Verrücktheit bei einem Beamten, die dessen Pensionierung nötig machte, während der Antrag auf Entmündigung abgelehnt wurde. Der Beamte, der sein verantwortungsvolles Amt stets tadellos verwaltet hatte, wandte sich eines Tages in einem Schreiben an die Staatsanwaltschaft um Hilfe, weil er und seine Familie seit Jahren belästigt würden. Dieser von Eigenbeziehungen und und Verfolgungsideen strotzende Brief führte dazu, daß der Absender untersucht wurde, mit dem Erfolg, daß chronische Verrücktheit diagnostiziert wurde. Daraufhin wurde der Beamte pensioniert. Obwohl er bis zum letzten Augenblick seinen Dienst tadellos verwaltet hatte, war diese Maßregel doch gerechtfertigt, da er wegen Unzurechnungsfähigkeit bei eventuellen Vergehen im Amte nicht hätte zur Rechenschaft gezogen werden können; es fehlte ihm das erste Erfordernis für einen Staatsbeamten, die Verantwortlichkeit. Nun wurde der Antrag auf Entmündigung vom Staatsanwalt gestellt. Da sich aber nicht feststellen ließ, daß er seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermochte, er im Gegenteil seine Geldsachen ordentlich erledigte, seine Steuern richtig einschätzte, seine Pension regelrecht erhob, die Rechnungen pünktlich bezahlte, sparsam lebte und für seine Familie liebevoll sorgte, da ferner nicht anzunehmen war, daß er aus seinen krankhaften Ideen heraus etwas Widersinniges unternehmen würde, erschien eine Entmündigung nicht gerechtfertigt.

Thomalla (206) weist auf eine Entmündigung merkwürdiger Art hin. Ein Mädchen verkehrt bereits mit 15 Jahren mit Männern, kommt in Fürsorgeerziehung unter geistlicher Leitung, wird von dort aus zwei verschiedenen Herrschaften überwiesen, bei beiden zeigte sie sich fleißig und gesittet. Als die Zeit der Großjährigkeit nahte, beantragte die geistliche Leitung Entmündigung des Mädchens, bei dem bisher kein Mensch eine Spur von Geistesschwäche beobachtet hatte. Zwei von der Anstalt angestellte Ärzte geben ihr Gutachten dahin ab, daß sie wegen Geistesschwäche nicht imstande sei, ihre Angelegenheiten selbständig zu besorgen. In den betreffenden



Gutachten wird mit keinem Wort versucht, die geistige Störung durch Tatsachen nachzuweisen und zu motivieren, die Gutachter scheinen vielmehr geistige mit moralischer Schwäche zu verwechseln. Das Mädchen erhob Widerspruch gegen die Entmündigung. Bei der Vernehmung vor dem Richter sagten Vorgesetzte, Meister, Polizei durchweg gut über sie aus, bei der Untersuchung ihres Geisteszustandes durch den Kreisarzt zeigte es sich, daß ihre geistigen Fähigkeiten die anderer Personen ihres Standes weit überragten. Daraufhin wurde die Entmündigung aufgehoben. Angesichts dieses Falles muß verlangt werden, daß, wo eine religiöse oder andere interessierte Gesellschaft eine Entmündigung beantragt, neben dem von der Gesellschaft vorgeschlagenen Arzt ein beamteter Arzt als Sachverständiger zugezogen wird.

Daß im Gegensatz hierzu ein wohlgemeinter und wohlberechtigter Antrag auf Entmündigung von seiten des Vormundes vom Gericht abgelehnt wird, weil der zugezogene Sachverständige die ärztlichen Voraussetzungen für eine Entmündigung wegen Geistesschwäche irrtümlicherweise nicht als gegeben erachtet, zeigt **Raecke** (162) an einem instruktiven Beispiel:

Ein junges Mädchen, das einen leichten Lebenswandel geführt, leichtfertig Schulden gemacht, nach Aussagen aller Zeugen verlogen und unredlich sei, sich im Unterricht sehr beschränkt gezeigt hatte und schließlich in einem Frauenheim nach Abbüßung einer Gefängnisstrafe von 14 Tagen wegen Diebstahls untergebracht war, sollte auf Antrag des Vormundes, als sie sich der Vollendung des 21. Jahres näherte, entmündigt werden. Die medizinischen Sachverständigen erklärten sie für geistig beschränkt und von schlechtem Charakter, aber nicht geistesschwach; daraufhin ward die Entmündigung abgelehnt. Als die Schwester des Mädchens den Antrag auf Entmündigung wiederholte, ward schließlich ein Gutachten der psychiatrischen Klinik zu Kiel eingefordert; und während der Anstaltsbeobachtung zeigte sich nun, daß in der Tat ein durch ein relativ gutes Gedächtnis etwas verdeckter Schwachsinn bestand, der bei der Art und Intensität ihres Trieblebens als so hochgradig angesehen werden mußte, daß sie ihre Angelegenheiten nicht vollständig zu besorgen vermochte. Daraufhin wurde sie entmündigt.

Unter Kommentierung der angezogenen Paragraphen BGB. über Eheanfechtung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit und Trunksucht gibt **Mach** (133) eine kritische Zusammenstellung der seit Inkrafttreten des BGB. ergangenen Urteile höchster Gerichtshöfe (im ganzen 26); hebt die Unstimmigkeiten der mitunter recht unverständlichen oberinstanzlichen Entscheidungen hervor, fordert eine klare einheitliche Auffassung dessen, was man unter geistiger Gemeinschaft der Ehegatten resp. Aufhebung derselben zu verstehen habe, und konkrete Beurteilung des Einzelfalles. § 1568, welcher die Ehescheidung wegen Trunksucht ermöglicht, entspricht wegen seiner Unklarheit nicht der Rechtsauffassung und den Erfordernissen der heutigen Gesellschaft; daher ist die Einschaltung eines besonderen Paragraphen notwendig, welcher klar und deutlich die beharrliche Trunksucht als Ehescheidungsgrund statuiert. Zum Schluß führt Verf. die §§ 1575 und 1353 BGB. an, welche, wenn die andern Paragraphen aus formalen Gründen versagen, doch die vorläufige Trennung der sittlich unhaltbar gewordenen Ehe ermöglichen. (*Autoreferat.*)

In der Diskussion, die in Schweden auf offizielle Anregung über die medizinischen Gesichtspunkte bei der Ehegesetzgebung geführt worden ist (siehe diesen Jahresbericht Bd. XIV. S. 1344), hat auch die medizinische Fakultät zu Upsala einen von **Vestberg** (214) ausgearbeiteten Plan zu einer Revision der jetzigen gesetzlichen Bestimmungen entworfen. Darin wird



betont, daß die Epilepsie, die nicht aus äußeren Ursachen veranlaßt ist, wie jetzt eine Eheschließung verbieten soll, wovon jedoch unter gewissen Bedingungen dispensiert werden kann. Betreffs Geisteskrankheit wird hervorgehoben, daß sowohl eine bestehende derartige Krankheit — und größere psychische Entwicklungshemmung —, wie eine frühere Geisteskrankheit, die nicht aus äußeren Ursachen veranlaßt war, ebenso wie auch die schwereren psychischen und moralischen Abnormitäten, die voraussichtlich die geistige und ethische Entwicklung der Nachkommenschaft sehr stark gefährden, ebenfalls eine Eheschließung verbieten sollen, auch hier jedoch mit einer Möglichkeit des Dispenses unter speziellen Bedingungen. Wenn eine zu verheiratende Person um einen der genannten Punkte in Verdacht kommt, oder wenn sie wegen schweren Verbrechens oder als Rückfallsverbrecher oder wegen Vagabundentums verurteilt worden ist, so empfehle sich auch hier ein Eheverbot, bis der Verdacht durch ein von der höchsten medizinischen Behörde geprüftes ärztliches Zeugnis gehoben worden ist. — Die genannten Punkte sollen einen Rückgang der Ehe in gleicher Weise wie Eheverbot bewirken. Als Ursache einer Ehescheidung — wo also die Ursache erst **nach** der Eheschließung sich gezeigt hat — sei eine Epilepsie nicht zu halten, und Geisteskrankheit nur, wenn sie 3 Jahre gedauert hat und keine wahrscheinliche Hoffnung auf nachhaltige Genesung vorliegt. — Betreffs des Alkoholismus endlich als Grund eines Eheverbots findet die Fakultät es unmöglich, vorläufig eine gesetzliche Bestimmung zu empfehlen, die gleichzeitig gerecht und effektiv wäre, wenn auch sie bestimmt betont, daß ausgeprägte Alkoholisten im allgemeinen als in vererbungs-hygienischer Hinsicht recht verdächtig gehalten werden müssen. Dagegen schlägt die Fakultät vor, daß als Ehescheidungsgrund ein derartiger fortwährender Mißbrauch geistiger Getränke anzusehen sei, wodurch die Gesundheit und Entwicklung des Gatten und der Kinder gefährdet wird. *(Sjövall.)*

Klumker (104) bespricht die neuere Entwicklung der Berufsvormundschaft. In Leipzig zuerst wurden die unehelichen Kinder der Berufsvormundschaft unterstellt, Chemnitz und Dresden folgten, dann auch außersächsische Gebiete, Koburg-Gotha, Rudolstadt, Hamburg, überall mit gutem Erfolg. Eng verbunden muß die Berufsvormundschaft zweckmäßig mit der Säuglingsfürsorge sein, aber auch — wie Schmitt hervorhob — zum Mittelpunkt der Jugendfürsorge gemacht werden. Ist die Frage, ob Einzelvormundschaft oder Berufsvormundschaft, jetzt erledigt, so muß gesagt werden, daß bei der Wahl zwischen organisierter und gesetzlicher Vormundschaft beiden Formen in ihrem Gebiete ihre Berechtigung zuerkannt werden muß.

Mischler (140) behandelt das Vormundschaftswesen im Hinblick auf die ländliche Arbeitsverfassung, und zwar auf die Form der Dienstbotenwirtschaft im Bauernbetrieb und der Saisonwanderarbeit. Um die infolge des wirtschaftlichen Zölibatzwanges enorme Menge der unehelichen Dienstbotenkinder mancher ländlichen Gegenden kann sich die Verwaltung nur durch Berufsvormünder kümmern, und bei den großen Schwierigkeiten auf diesem Gebiet ist das bei der ländlichen Saisonarbeit erst recht der Fall, hier müßte sogar ein internationales Recht des Berufsvormundschaftswesens geschaffen werden.

Zwei Punkte der modernen Jugendgesetzgebung haben sich nach **Kraus** (106) bewährt: Die Berufsvormundschaft des Art. 136 1 u. 2 und die Sammelvormundschaft des Art. 136 3. E. E. BGB., doch ist ihre tatsächliche Einführung bisher nicht ausreichend erfolgt. Unter den vielen Namen hierfür sind die oben angegebenen die zweckmäßigsten. In vielen



Fragen herrscht noch Unsicherheit in der Kenntnis der Natur der Berufsvormundschaft, und alle Einzelfragen sind bei der Fassung des Gesetzes wohl auch nicht sicher zu lösen; das ist nur möglich, wenn man die allgemeine Tendenz des Gesetzes beachtet: Möglichste Ausdehnung der Berufsvormundschaft, Erfassung ihres Wesens als eines Instituts des öffentlichen Rechts, das im Dienst der öffentlichen Wohlfahrt steht.

Viernstein (215) hat in systematischer Weise ärztliche Untersuchungen an Kaisheimer Gefangenen angestellt. Die Insassen dieser Anstalt sind meist Eigentumsverbrecher chronischen Charakters. Es zeigte sich, daß von 215 Sträflingen 43 mit Tuberkulose familiär belastet waren, 25 hatten trunksüchtige Väter, 62 waren psychopathisch belastet. Was die Schulverhältnisse anlangte, so überwog in der Gesamtbewertung wie besonders im Rechnen die Mittelmäßigkeit und Unfähigkeit. Alkohol nahmen alle 215 bis auf einen Abstinenten regelmäßig zu sich, bei 82 bestand chronischer Alkoholismus. Nur 41 hatten eine gesunde, kräftige Konstitution, 158 waren grazil oder kränklich, 16 körperlich minderwertig. Die psychischen Anormalitäten sind bei diesem Material natürlich gleichfalls zahlreich, der Autor unterscheidet dabei Irre, Psychopathen und sozial Defekte. Durch eine stattliche Reihe typischer Zustandsbilder wird dies näher erläutert. Schließlich wird noch auf die Errichtung von Sonderanstalten hingewiesen für solche, die sich psychisch für den regulären Strafhausbetrieb nicht eignen; dann werden die Vorschläge Rüdins' angeführt, daß Sonderanstalten als Adnexe der Strafanstalt selbst gegründet werden müßten und keine Zentrale für alle bayrischen in Frage kommenden Gefangenen, und daß für verbrecherische Irre an allen Kreisanstalten Sonderpavillons für Gefährliche zu bauen seien.

Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

Aschaffenburg (9) unterzieht die im Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch geplanten Maßregeln und Wege zur Verwahrung Gemeingefährlicher einer kritischen Besprechung und bemängelt die Nachteile dieses Entwurfes. Gerade in diesen Punkten gegenüber dem österreichischen Entwurf. Er tritt mit Gegenvorschlägen hervor, besonders tritt er für die Sicherungshaft ein. Übereinstimmend mit anderen deutschen Psychiatern erhebt er Einspruch gegen die Überweisung verbrecherischer vermindert Zurechnungsfähiger in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, die dadurch des Charakters eines Krankenhauses beraubt würden. Er weist auch auf die zu erwartenden Konflikte zwischen Provinzialverwaltungen und Staat hin, da ersteren die Fürsorge für die Kranken obliegen würde, die Sicherheit aber Sache des Staates bliebe.

Der Autor spricht sich durchaus gegen die Schärfungen der Zuchthaus- und Gefängnisstrafen — auch bei geistig Vollwertigen — aus. Er weicht also in diesem Punkte von der vom Referenten in den Bemerkungen zum Vorentwurf der Strafgesetzbücher vertretenen Anschauung ab, daß mit Rücksicht auf die Gefahr eines ungünstigen Einflusses derartiger Schärfungen auf Grenzzustände, diese nur an Individuen vollzogen werden dürfen, die nach dem Gutachten des Gefängnisarztes noch dazu fähig sind, bei vorkommenden Grenzzuständen aber nur dann, wenn die Anerziehung von Hemmungen durch die Schärfungen zu erhoffen ist. Als gemeingefährlich will Aschaffenburg denjenigen angesehen wissen, dessen psychologische Eigenart mit der größten Wahrscheinlichkeit erwarten läßt, daß er nicht in der Freiheit Leben kann, ohne mit den Strafgesetzen in Konflikt zu kommen, und zwar müßte die Art der zu erwartenden Handlungen so schwer-



wiegend seien, daß dadurch die öffentliche Rechtssicherheit ernstlich gefährdet wird. Die Entscheidung der Frage, wann die Gemeingefährlichkeit, die zur Internierung Anlaß gegeben hat, aufgehört hat, soll einer besonderen Strafanstaltskommission übertragen sein, die Gelegenheit haben muß, die Anstalt und den Gefangenen persönlich kennen zu lernen und sich aus Strafanstaltsleiter, Richter, Staatsanwalt, Geistlichen, Arzt und Laien als Vertreter der einzelnen Interessen zusammensetzen müßte; dabei kämen für die Person des Laien in erster Linie die Vertreter von Fürsorgevereinen in Betracht.

Die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich hat auf dem letzten österreichischen Irrenärztetag **Deiaco** (39) behandelt; seine Forderungen lassen sich dahin zusammenfassen: Es soll ein ganz bestimmter Teil der verbrecherischen Geisteskranken und geisteskranken Verbrecher, nämlich die gefährlichen und bösartigen Elemente aus den gewöhnlichen Irrenanstalten ausgeschieden werden. Zu ihrer Unterbringung sind eigene Anstalten für gefährliche Geisteskranke notwendig. Können diese nicht bald errichtet werden, so ist wenigstens die Schaffung von Adnexen an Strafanstalten angezeigt, die die einfachste, am leichtesten ausführbare und billigste Art der Versorgung krimineller Geisteskranken darstellen. Der psychologische Verband hat sich diesen Forderungen im ganzen angeschlossen, wünscht aber die Schaffung eigener, entsprechend ausgestatteter staatlicher Irrenanstalten zur Unterbringung unsozialer, krimineller Elemente unter den Geisteskranken.

Zurückgreifend auf eine Reichsgerichtsentscheidung, worauf alle Personen, welche in gesetzlich gebilligter Form aus Gründen der öffentlichen Sicherheit als gemeingefährlich ihrer persönlichen Freiheit beraubt seien, als Gefangene anzusehen seien, mithin auch bei einer Entweichung aus Heil- und Pflegeanstalten das mit der Aufsicht betraute Personal wegen Gefangenbefreiung zur Verantwortung zu ziehen sei, verwahrt sich **Weber** (225) gegen diese Ausdehnung des Begriffs „Gefangener“ auf Anstaltsinsassen. Er wünscht, diesen Begriff lediglich auf die Beobachtungskranken nach § 81 StPO. zu beschränken. Alle übrigen wirklich gefährlichen Geisteskranken, deren nach seinen Erfahrungen an der Göttinger Anstalt nicht so viele sind, sollen möglichst rasch in besondere Sicherheit bietende Verwahrungshäuser abgeschoben werden. Durch ein längeres Halten solcher Elemente inmitten der anderen Anstaltsinsassen wird die jetzige Behandlung nur überaus erschwert oder ganz unmöglich gemacht.

Vallon (210) publiziert seine Gutachten über den Wärter des Pariser Schauspielers Régnard, den er für vermindert zurechnungsfähig erklärte, da er sich bei Begehung der Tat in einem Zustande von Trunkenheit auf pathologischer Grundlage befand, während das Gericht zu einem Freispruch kam. Er verlangte mit Rücksicht auf diesen Fall die baldige Schaffung besonderer Sicherheitshäuser für die Alkoholverbrecher, in denen sie genügend lange Zeit interniert werden; in denselben Anstalten seien gleichzeitig andere gemeingefährliche Geisteskranke, deren Psychosen toxischen Charakters, also auf dem Boden chronischen Morphium-, Kokain- usw. Mißbrauchs entstanden seien, zu verwahren.

Eine Arbeit von **Schnitzler** (182) über Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker gibt in der Hauptsache die Publikation des Referenten über die Einrichtungen des Göttinger Verwahrungshauses im „Klinischen Jahrbuch“ 1909 wieder.

Die Überweisung der Zuhälter zur Nachhaft in die Arbeitshäuser hat nach **Grünebaum** (68) nicht den erwarteten Erfolg gezeitigt. Diese an Wohlleben gewöhnten, brutalen und mit starken verbrecherischen Instinkten



behafteten Männer haben auf die sonst ziemlich gleichartige, mehr träge als verbrecherische Masse der Arbeitshäusler nur schädigend und die sonst erzielten Resultate gefährdend eingewirkt. Diese Elemente passen nach ihrem ganzen Charakter nur in eine für Innen- und auch Einzelarbeit geeignete Strafanstalt, nicht aber in Arbeitshäuser, deren Hauptzweck die Erziehung zur Arbeit und die Bewahrung vor weiterer Verwahrlosung unter gleichzeitiger Ausnutzung der Arbeitskräfte in gemeinschaftlicher, z. B. Landeskulturarbeit bleibt.

Einen geschichtlichen Überblick über die ersten Anfänge staatlicher Fürsorge für Geisteskranke in Sachsen gibt **Glanning** (58) mit der Mitteilung alter Aktenauszüge und statistischer Feststellungen des 18. Jahrhunderts aus den Anstalten Waldheim und Torgau.

Jugendliche.

Redepenning (163) skizziert kurz, wie eine Anstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge baulich einzurichten ist, und zieht einige hauptsächliche Richtlinien für die Behandlung der dort untergebrachten Zöglinge. Dabei werden die beim Neubau einer solchen Provinzial-, Heil- und Erziehungsanstalt in Göttingen maßgebenden Pläne berücksichtigt.

In Italien waren nach **Maino** (135) die Resultate des ersten Versuches des „Probation Systems" ermutigend. (*Audenino.*)

Schröder (184) behandelt vom psychiatrischen Standpunkte aus das Fortlaufen der Kinder. Unzweifelhaft krankhaftes Fortlaufen der Kinder, Poriomanie, ist nicht besonders häufig, wird aber oft nicht richtig erkannt. Besonders charakteristisch ist, daß die Zustände durch äußere Geschehnisse gar nicht oder ganz unzureichend motiviert sind. Zu unterscheiden ist bei den Fällen von Fortlaufen noch, daß der zweite eventuell längere Teil der Wanderperiode normal psychologisch erklärbar ist. „Es kann das Fortlaufen pathologisch bedingt, das Fortbleiben bzw. das Nichtnachhausekommen normal motiviert sein (durch Angst vor Strafe, durch Scham usw.)." Vielen psychopathischen Kindern fehlt Anhänglichkeit und Zugehörigkeitsgefühl. Eine Gruppe von fortlaufenden Kindern sind die jugendlichen Abenteurer, lebhafte phantasievolle Kinder, die sich in phantastische Ideen verrennen und andere Kinder überzeugen. Sie planen Auswanderungen oder Überseereisen und haben klinisch große Ähnlichkeit mit den pathologischen Schwindlern unter den Erwachsenen. Die Verführung und Anstiftung durch andere ist in vielen Fällen ein wichtiger Faktor für das Fortlaufen. Vorgebeugt werden kann den Entweichungen bei den seltenen echten Poriomanen, indem die Umgebung ihre Verstimmungszustände richtig beurteilt. Schwerer ist die Aufgabe, wenn die Entweichung Folge eines angeborenen Dauerzustandes ist. Die damit Behafteten bedürfen der straffen Zucht einer Anstalt, die ihre Bewegungsfreiheit beschränkt.

Fürstenheim (55) berichtet unter besonderer Berücksichtigung des Berliner Großstadtmateriales über den Geisteszustand jugendlicher Angeklagter. Fruchtbar erscheint der Begriff des Erziehungsschadens. Der Erziehungsschaden wird hervorgerufen durch absolute und relative Erziehungsfehler. Die Begriffe werden durch Hinweise auf das Großstadtleben erläutert. Für die sogenannte Moral insanity führt Fürstenheim die Bezeichnung „essentielle antisoziale Konstitution" ein. Auch Fürstenheim verlangt, daß soweit wie möglich bei Jugendlichen die Strafe durch Erziehungsmaßregeln zu ersetzen sei. Die in seiner Zusammenfassung am Schluß aufgestellten 12 Thesen erscheinen uns durch die vorliegende Arbeit nicht ausreichend



begründet. Es ist schade, daß Fürstenheim sich in der Mitteilung der beobachteten Fälle, auf Grund deren er zu den aufgestellten Thesen gelangt, soviel Zurückhaltung auferlegt hat.

Rupprecht (176), der bekannte Staatsanwalt für Jugendstrafsachen in München, betont nach seinen Erfahrungen am Münchener Jugendgericht auch als Jurist die große Häufigkeit des Schwachsinns an den jugendlichen Verbrechern. Seine Fälle M. und N., bei denen erbliche Belastung und Schädelverletzung besonders gefährliche Erscheinungsformen des kindlichen Schwachsinns verursachten, sind nicht eingehend genug geschildert, um die Wichtigkeit der Schädelverletzung außer Zweifel zu stellen. Es ist erfreulich, daß Rupprecht ganz entschieden psychiatrische Gutachtertätigkeit in weitestem Umfange fordert.

Ziemke (237) hatte in 10 Fällen die Frage nach dem Vorliegen des § 56 des StGB. zu beantworten. In 5 Fällen ist die „kriminelle Einsicht" verneint, in den übrigen wurde sie bejaht, aber mit Ausnahme eines einzigen das Zutreffen des § 51 angenommen. Seine Arbeit bietet einen überzeugenden Beweis von der Unbrauchbarkeit des im neuen Vorentwurf aufgegebenen Paragraphen.

Seelig (189) und **Göring** (63) geben einen Überblick über die Berücksichtigung der Jugendlichen im Vorentwurf zum Strafgesetzbuche. Göring beschäftigt sich mit dem Schutz, den die Jugendlichen gegen Verbrechen und Vergehen gegen Sittlichkeit, Vermögen und Leib und Leben genießen, während Seelig sich mit dem Aufrücken der Strafmündigkeitsgrenze beschäftigt. Er schlägt noch eine besondere Bestimmung für den Verbrecher im Alter von 18—21 Jahren vor: auf sie möchten die Vorschriften über das Alter von 14—18 Jahren dann angewandt werden, wenn anzunehmen sei, daß die Gesamtentwicklung der Person des Täters seinem Lebensalter nicht entspricht. Auch wünscht er Erziehungsmaßnahmen als Regel, die Strafe aber als Ausnahme anzusehen. Strafe neben Erziehungsmaßnahmen müßte fallen gelassen oder besonders geregelt werden.

Jaksch (87) referiert über den Gesetzentwurf über das Jugendstrafrecht in Österreich.

Kasuistik.

Nitsche und **Wilmanns** (150) geben eine Geschichte der Haftpsychosen. Sie unterscheiden in ihrem referierenden Teile drei Perioden. Die erste umfaßt die Arbeiten der alten Schule, die zweite betrachtet die Frage der Gefängnispsychose unter dem Gesichtspunkt der Dementia-praecox-Lehre Kraepelins, die dritte unter dem Gesichtspunkte der Magnan-Möbiusschen Anschauungen über die Degeneration. Die dritte Periode der Erforschung der Haftpsychosen bedeutet nach dem Verfasser einen bedeutenden Fortschritt nicht nur der Erkenntnis dieser engen Psychosengruppe, sondern sie hat auch neue Gesichtspunkte für die Beantwortung allgemein psychopathologischer Fragen und die Beurteilung gewisser Erkrankungen der freilebenden Bevölkerung eröffnet. Der langjährige Kampf um die Frage einer spezifischen Haftpsychose hat sich dahin entschieden, daß die in der Haft zur Entwicklung kommenden juvenilen Verblödungsprozesse nur eine charakteristische Färbung von dem Haftmilieu erhalten, und daß bei entsprechend organisierten Persönlichkeiten akute und chronische Psychosen zur Entwicklung kommen können, die denjenigen an die Seite zu stellen sind, die auch in der Freiheit unter dem Einfluß affektbetonter Erlebnisse bei ihnen beobachtet werden. Die eigenartige Symptomatik dieser Erkrankungen gibt aber die Berechtigung, sie als besondere, von den in der Freiheit zur Entwicklung kommenden



wohl unterschiedene Typen zu betrachten und sie als eigentliche Haftpsychose zusammenzufassen. Ein tieferes Eindringen in die Haftpsychosen wird es dann später ermöglichen, die charakteristischen Typen und ihre Beziehungen zu der ursprünglichen Persönlichkeit der Kranken zu ergründen und ihre Symptomatik zu vertiefen. Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen hat **Wilmanns** (229) angestellt. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß bei seinem immerhin beschränkten Material nicht entschieden werden kann, inwieweit von einer Haftpsychose sui generis gesprochen werden kann, wenn auch die Wahrscheinlichkeit für ihre Existenz spricht. Festgestellt aber ist, daß in der Haft zwei deutlich unterschiedene Symptomenkomplexe auftreten, die man als Haftpsychose bezeichnen kann, da sie durchgehend dasselbe Bild und denselben Verlauf zeigen. Diesen Psychosen, die auch zu bereits bestehenden Seelenstörungen treten können, verfallen leichter Degenerierte und Geisteskranke als Geistesgesunde. Es handelt sich bei den Psychosen um eine Form der Kollektivhaft, die stuporöse, und um eine Form der Isolierhaft, die paranoide Form, und zwar scheint die letztere seltener aufzutreten. Beide Formen sind prognostisch günstig, die stuporöse zeigt Neigung zu schnellerer Heilung. Rezidive wurde selten beobachtet, zeigten dann aber langsameren Heilverlauf.

Heinicke (76) führt zum größten Teil an der Hand von eigenen Beobachtungen die verschiedenen Syptome an, unter denen bei Strafgefangenen eine geistige Störung auftreten kann. Verfasser will durch seine Arbeit erreichen, daß zum Nutzen der Strafanstaltsinteressen auch die reinen Strafvollzugsbeamten durch Lesen dieser Schrift in diese Fragen mehr und mehr eingeweiht werden. Simulation psychischer Krankheit bei Strafgefangenen, also bei Leuten, die ihre Strafe bereits angetreten haben, soll etwas sehr Seltenes sein. Viel häufiger ist in Strafanstalten die Dissimulation, um durch Unterbringung in eine Irrenanstalt den Tag der Freiheit nicht noch weiter hinauszuschieben.

Heilbronner (73) macht auf die ganz besonderen Schwierigkeiten aufmerksam, welche bei der forensen Diagnose der Epilepsie hervortreten. Diese Schwierigkeiten sind zum großen Teile genereller Art, nicht dem individuellen Falle eigen. Ein großer Teil der Schwierigkeiten ergibt sich aus der Uneinigkeit gerade der maßgebendsten Autoren über die Frage, was als Epilepsie schlechthin bezeichnet, resp. wie enge oder weit dieser Begriff umgrenzt werden soll. Verfasser kommt dann auf die zunehmende Skepsis in der Bewertung des einzelnen großen Anfalls, der kleinen Anfälle und vor allem der psychischen Störungen als Beweis der echten Epilepsie zu sprechen. Wenn nun schon die allgemeinen Gesichtspunkte vielfach ungeklärt sind, so treten noch weit größere Schwierigkeiten bei Beurteilung des Tatsachenmaterials im Einzelfall für den Sachverständigen vor Gericht auf: die Diagnosen sind häufig nicht auf Grund eigener Wahrnehmungen, sondern auf Grund dessen, was ihm berichtet wird, zu stellen, es handelt sich meistens nur um leichtere Defektzustände, bei der Erhebung von Anamnesen von forensen Exploranden ist mit wissentlich falschen Angaben des Angeklagten und seiner Angehörigen zu rechnen, das Ausbleiben von Anfällen selbst etwa während einer mehrmonatlichen Untersuchungshaft beweist nichts gegen das Bestehen der Epilepsie, oder die Anfälle werden nicht vom Arzte selbst gesehen und können daher nicht als einwandfrei epileptische gelten usw. Ebenso schwer ist die Beurteilung früherer psychischer Störungen, vor allem aber die Beurteilung der Frage, ob der Untersuchte sich in einem bestimmten Momente, und zwar zur Zeit der Begehung der Straftat, in einem krankhaften Zustande befunden hat, welcher der Epilepsie

zuzurechnen ist. Zum Schluß wirft Heinicke noch die Frage auf, ob es unter forensen Gesichtspunkten überhaupt nötig ist, gerade auf die scharfe Umgrenzung der Epilepsie und ihre Trennung von anderweitigen Zuständen anzudringen, und bejaht diese Frage für die übergroße Mehrzahl der epileptischen Psychosen, da denjenigen Fällen, die differentialdiagnotisch in Betracht kommen, nicht die gleiche forense Dignität zusteht.

Veit (212) hat an dem Krankenmaterial der Anstalt Wuhlgarten zunächst festgestellt, wieviel Bestrafte vorhanden waren.

Von 1285 Kranken waren bestraft:

unter 687 Männern = 320
„ 499 Frauen = 30
„ 99 Kindern = 5

Ein Vergleich mit den übrigen Anstalten der Stadt Berlin (Dalldorf, Herzberge, Buch) ergab, daß der Prozentsatz von Bestraften unter den Epileptikern ein besonders hoher ist.

Ebenso überwiegen die wiederholt Bestraften wesentlich an Zahl die nur einmal bestraften (nur 35 waren einmal bestraft). Das Jahr der ersten Bestrafung ist durchgängig ein sehr frühes; mehr als die Hälfte aller Männer war schon mit dem 22. Lebensjahr bestraft. Ein besonders hohes Strafregister weisen regelmäßig die Alkoholepileptiker auf.

Im Gegensatz zu Angaben in der Literatur fanden sich auffallend wenig Sittlichkeitsverbrecher. Für die forensische Beurteilung muß immer ein Zusammenhang zwischen epileptischer Geistesstörung und Verbrechen nachgewiesen werden. (*Autoreferat.*)

An der Hand von 1100 Krankengeschichten und Zeugnissen über Soldaten preußischer Truppenteile, welche in den Jahren 1905 bis 1908 wegen Fallsucht als dienstunbrauchbar entlassen waren, hat **Buchbinder** (26) sämtliche körperliche Veränderungen zusammengestellt, welche nach epileptischen Krampfanfällen beobachtet wurden. Es würde zu weit führen, auf die einzelnen Veränderungen näher einzugehen.

Einen seltenen Fall von seniler Geistesstörung bei einer häufig mit Freiheitsstrafen belegten Gewohnheitsverbrecherin veröffentlicht **Heinicke** (77). Die Gefangene, welche vom 26. bis 68. Jahre ungefähr 33 Jahre in Strafanstalten verbracht hatte, erkrankte plötzlich unter der Wahnidee, sie sei begnadigt worden. Der Ursprung dieser Begnadigungsidee waren zunächst Gehörstäuschungen. Es kamen dann Größenideen von Erbschaften, Reichtum usw. hinzu. Mit der Zunahme des geistigen Verfalls trat dann die Entlassungsvorstellung immer mehr zurück, und das Bild der Psychose entsprach immer mehr dem senilen Verfolgungswahn. Interessant ist dieser Fall besonders deshalb, weil derartige Psychosen bisher nur immer bei Männern beobachtet sein sollen.

Zingerle (238) hat eine eingehende Arbeit über das Greisenalter in forensischer Beziehung veröffentlicht. Um die Frage zu lösen, welche Stellung die Rechtspraxis dem Greisenalter gegenüber einzunehmen hat, wurde von Verfasser die Kriminalität der Greise im Alter von 60 Jahren und darüber, sowie das Verhältnis zu den übrigen Altersphasen auf Grund des Berichts der österreichischen Kriminalstatistik über die Jahre 1904, 1906 und 1907 bearbeitet. Zweitens wurden von ihm, an der Hand der einzelnen Strafakten, die im Verlauf der letzten 10 Jahre 1898—1909 bei dem k. k. Landesgericht in Graz zur Aburteilung gelangten Verbrechen und Vergehen von Greisen im Alter von 60 Jahren und darüber mit spezieller Berücksichtigung der verschiedenen Altersstufen dieser Lebensphasen und

ihr Verhältnis zu den verschiedenen Gruppen von Straftaten durchgesehen und durchgearbeitet. Auf Grund dieser beiden Statistiken und auf Grund der Arbeiten anderer Autoren über das Greisenalter und dessen forensische Bedeutung kommt Zingerle nun zu dem Schlusse, daß diejenigen Zustände geistiger Veränderung, welche durch das Greisenalter häufig geschaffen werden, einer besonderen rechtlichen Behandlung bedürfen. Hierbei gibt er, mit Ausnahme eines Deliktes, gern die Forderung anderer Autoren nach einer individualisierenden Beurteilung des einzelnen Falles als berechtigt zu. Für die an Kindern und Jugendlichen verübten Sittlichkeitsverbrechen aber will er grundsätzlich eine Ausnahmestellung eingeräumt wissen. Für diese Sittlichkeitsdelikte sei generell der Einfluß des Alters anzuerkennen, ohne daß die Zuerkennung eines Schutzes von der individuellen Betrachtung des einzelnen Falles abhängig gemacht werde.

Lückerath (129) unterscheidet bei den Degenerationspsychosen Krimineller folgende drei Gruppen von Degenerierten:

1. Degenerierte mit psychogenen Erregungszuständen;
2. Degenerierte mit Psychosen vom Bilde des Ganserschen Symptomenkomplexes;
3. Degenerierte mit paranoiden Zustandsbildern, die teils Paranoia ähnlich sind, teils Dementia paranoides vortäuschen können.

Diese drei Gruppen können in der verschiedensten Weise ineinander übergehen und erzeugen so die kompliziertesten Krankheitsbilder. Von den echten Psychosen unterscheiden sie sich nach Verf. dadurch:

1. daß es sich nicht um eine progressive Wahnbildung handelt;
2. daß die Wahnbildung von äußeren Umständen abhängig ist resp. sich beeinflussen läßt, was auf die labile Psyche der Degenerierten zurückzuführen ist;
3. daß keine Verblödung eintritt.

Über die strafrechtliche Beurteilung der Degenerierten hat **Birnbaum** (18) einen in der Berliner gerichtsärztlichen Vereinigung gehaltenen Vortrag in Druck erscheinen lassen. Verf. hebt in seiner Arbeit diejenigen Faktoren bei Degenerierten hervor, welche von Wichtigkeit für ihre Wesensart sind, Art und Umfang der dabei in Betracht kommenden psychopathischen Erscheinungen festzustellen und ihren Wert für die Frage der Zurechnungsfähigkeit abzuschätzen. Außer allgemeinen mehr äußerlichen Schwierigkeiten bei der gerichtlichen Begutachtung von Degenerierten kommen vor allem diejenigen in Betracht, die in der Natur, im Wesen der degenerativen Zustände gelegen sind, die Geringfügigkeit der Erscheinungen, die häufig vorhandene Partialität der pathologischen Symptome und die Unbeständigkeit mancher Krankheitszüge. Verf. geht dann in seinem Vortrage zuerst die auf Degeneration hinweisenden Momente und die Vorgeschichte durch, dann die Durchschnittseigenart, die psychopathische Durchschnittsverfassung des Täters und seinen Geisteszustand zur Zeit der Tat, um schließlich die strafbare Handlung selbst in ihren psychologischen Beziehungen zu betrachten.

Hughes (85) wünscht bei Angeklagten, bei denen der Verdacht auf eine Geisteskrankheit vorliegt, die Beobachtung derselben durch geeignete Sachverständige. Verf. erzählt dann als Beleg für seine Forderung in sehr ausführlicher Weise die Geschichte eines Mordes, bei dem der Mörder durch sein sonderbares Wesen und Verhalten auffiel. Eine Ärztekommission erklärte ihn für krank und brachte ihn in einer Irrenanstalt unter. Hughes kommt zu dem Schlusse, daß es sich nach der ganzen Krankengeschichte und dem Gutachten der Kommission um ein Jugendirresein, entwickelt auf dem Boden des Schwachsinns, gehandelt habe.



Stier (199) wünscht die Einrichtungen der Fürsorgeerziehung zu benutzen, um noch ausgiebiger als durch die schon erlassenen Bestimmungen psychisch und moralisch untaugliche und minderwertige Elemente von der Einstellung in das Heer auszuschließen. Als den bestmöglichen Weg hierzu schlägt er vor, es sollen diejenigen der im 20. Lebensjahre noch in Fürsorge befindlichen jungen Männer alljährlich am 1. Januar durch die Kommunalbeamten den Ersatzbehörden namhaft gemacht werden, die sich als schwachsinnig und psychisch abnorm gezeigt haben, wofür tunlichst ein psychiatrisches oder kreisärztliches Zeugnis beizubringen wäre, und die sich in den letzten 3 Jahren nicht tadelfrei geführt hätten: auch für letzteres Urteil wären die begründenden Tatsachen beizufügen. Die erste Kategorie ließ sich dann alsbald ausmustern, der Mitteilung der übrigen käme zum mindesten ein admonitorischer Wert zu.

Die Frage der Zurechnungsfähigkeit wurde wegen eines hysterischen Erregungs- bzw. Dämmerzustandes von **Schnizer** (183) bei einem Soldaten verneint, der in diesem Zustande zu schweren Vergehen gegen die Pflicht der militärischen Unterordnung gekommen war. Es war hier bei einem hysterisch-degenerativen Menschen mit ausgesprochenen seelischen hysterischen Stigmaten eine an sich schon pathologisch gesteigerte Erregung im weiteren Verlauf in einen ausgesprochenen Dämmerzustand übergegangen, der den Schutz des § 51 StGB. bedingte.

Auf die Gefahr häufiger Konflikte mit der Disziplin der Truppe bei Schwachsinnigen verschiedenen Grades weist **Hoffmann** (80) an der Hand der Geschichte eines Imbezillen hin, der unter militärischen Verhältnissen bald versagte und schließlich zu schweren militärischen Vergehen getrieben wurde. Allerdings hätte das Vorleben des Mannes, der schon unter bürgerlichen Verhältnissen während eines recht unsteten Lebenswandels mit dem Strafgesetz mehrfach in Konflikt gekommen und auch als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt war, von Anfang an Bedenken gegen seine Diensttauglichkeit erregen müssen.

Rohde (172) teilt 2 Fälle von Fahnenflucht mit, die als Folge visionärer Traumgestalten aufgefaßt wurden. Bei dem einen, einem imbezillen Kanonier, gaben harmlose, vorwiegend landschaftliche Traumbilder den Anlaß zur Entfernung. Bei dem anderen, mehrfach fahnenflüchtigen Mann, einem typischen Dégénéré mit ausgesprochener ethischer Verkümmerung, der dazu noch chronischer Alkoholist und gewohnheitsmäßiger Onanist war, kam es namentlich im Affekt (Ärger über Anordnungen, Tadel durch Vorgesetzte u. dgl.) zu Visionen ausgesprochenen sexuellen Charakters mit Orgasmus, die ihn zu einer Art Zwangshandlung, der Entfernung von der Truppe zu einem in den Traumgestalten immer wiederkehrenden Mädchen, mit dem er früher geschlechtlich verkehrt hatte. Nach Rohdes Feststellungen weist aber die Gesamtheit der Symptome weniger auf echte Zwangszustände als auf ein phrenoleptisches Irresein hin.

Peretti (155) konstatiert, daß das absichtliche zielbewußte Vortäuschen des Bestehens einer Geisteskrankheit sehr selten ist. Simulation kommt fast nur bei degenerierten und geistig abnormen Individuen vor. Genaue und längerdauernde Beobachtung durch einen durchaus psychiatrisch geschulten Sachverständigen ist notwendig. Interessant ist, daß bei den in den ersten 10 Jahren des Bestehens der Anstalt Grafenberg abgegebenen fünf Gutachten auf Simulation sich durch Katamnese der „Simulanten" folgendes herausstellte: Über zwei der Fälle war nichts mehr zu erfahren, die drei anderen kamen später wieder in die Anstalt und erwiesen sich als



geisteskrank. Nach der weiteren Beobachtung war anzunehmen, daß auch früher keine Simulation vorgelegen.

Hahn (70) liefert einen kasuistischen Beitrag zur Wertung des Charakters bei der forensischen Begutachtung. Die Tat an sich entsprach so wenig dem Charakter des Angeklagten, daß trotz der geringen klinisch feststellbaren krankhaften Symptome das Gericht dem Angeklagten den Schutz des § 51 zubilligte.

Linke (123) schildert ausführlich einen Krankheitsfall, bei dem zu wiederholten Malen Verhaftung ein plötzliches Aufflackern krankhafter Erscheinungen paranoiden Charakters hervorrief, die stets in der Anstalt bald zurücktraten. Linke nimmt eine chronische Geistesstörung auf degenerativer Basis an.

Mott (147) gibt einen durch statistische Angaben gestützten Überblick über die Frage des Zusammenhanges von Kopftrauma und psychischen Erkrankungen. Wenn nicht gerade durch das Trauma lokale Verletzungen gesetzt sind, so bleibt im allgemeinen nur bei Disponierten infolge des Unfalls eine psychische Störung zurück.

Petrén (156) beschreibt einen Fall von Paranoia als „Beitrag zu der Kasuistik des ratlosen Unverstandes" und vertritt dabei die Auffassung, daß Ärzte ohne psychiatrische Kompetenz, wenn nicht durch ihre amtliche Stellung gezwungen, sich am liebsten nicht über fragliche Geisteszustände äußern sollen. (*Sjövall.*)

Gudden (69) teilt einen Fall von Diebstählen infolge Zwangsvorstellungen mit, der eine adlige Dame betrifft. Gudden führte aus, daß die erblich belastete Dame an Zwangsvorstellungen leide, unter deren unwiderstehlichem Einfluß sie die Diebstähle begangen habe, und daß namentlich die „Erwartungsangst" auf den verschiedensten Gebieten bei ihr in Erscheinung trete. Dazu kamen das kurz vor den Diebstählen eingetretene Klimakterium und Migräneanfälle, die während der Diebstähle vorhanden waren. (*Bendix.*)

Heine (75) hebt zum Schluß seiner Arbeit über die forensische Bedeutung der Amnesie als die wichtigsten Punkte seiner Auseinandersetzung hervor, daß die Amnesie unter Umständen zunächst das einzige Symptom sein kann, das auf eine vorausgegangene Bewußtseinsstörung hinweist. Sie ist oft ein wichtiges Symptom zur Diagnose der Dämmerzustände, birgt aber die Gefahr der Simulation in sich. Handlungen während der Periode der einfachen Amnesie oder deren Folgen sind straffrei nach § 51. Für Handlungen in der Periode der retrograden Amnesie besteht keine Straflosigkeit. Zeugenaussagen über Vorgänge aus der Periode der einfachen Amnesie oder retrograden Amnesie des Zeugen sind nur mit Vorsicht zu verwerten. Ein erheblicher Grad von lokalisierter retrograder Amnesie ist eventuell zivilrechtlich als vorübergehende Geistesstörung (§ 105 BGB.) anzusehen. Schwerere Formen der anterograden Amnesie bedingen gleichfalls Aufhebung der Geschäftsfähigkeit, namentlich der Testierfähigkeit. Besonders bedeutungsvoll sind forensisch die Formen der Amnesie auf Grund eines epileptischen oder hysterischen Dämmerzustandes, infolge von Kopfverletzungen und bei kompliziertem Rauschzustande. (*Bendix.*)

Möller (144) hat die nach Schlaganfällen meist auftretenden intellektuellen und psychischen Störungen, namentlich hinsichtlich ihrer forensischen Bedeutung, einer eingehenden Besprechung unterzogen. Neben Schwächung des Gedächtnisses treten meist Störungen der Ideenassoziationen auf. Schwere Störungen mit Halluzinationen kommen gewöhnlich bei Dementia apoplectica mit Erweichungen vor. Auch die Schrift- und Sprachstörungen sind forensisch von Bedeutung. Von Delikten kommen bei Apoplektischen häufig



unsittliche Handlungen zum Vorschein. Zivilrechtlich kommt bei erheblichen Graden geistiger Störung die Entmündigung in Frage und der Zweifel an der Testierfähigkeit. (*Bendix.*)

Placzek (159) weist an einem imbezillen Knaben, der wegen sexueller Delikte angeklagt war, und dessen Vater Lues gehabt hatte, auf die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung hin. (*Bendix.*)

Becker (16) spricht sich über die Frage aus, ob Professor Dr. Lehmann-Hohenberg geisteskrank ist oder nicht. Trotz der vielfachen ihm von maßgeblicher und unmaßgeblicher Seite ausgestellten Zeugnisse über seine völlige psychische Gesundheit besteht bei Professor Lehmann-Hohenberg wohl ein Querulantenwahnsinn, wie denn auch alle Symptome, die Cramer in seiner gerichtlichen Psychiatrie als typisch für diese Krankheitsform anführt, in dem Verhalten Lehmann-Hohenbergs beobachtet werden können. Immerhin ist der Autor mit Recht so vorsichtig, kein striktes Urteil zu fällen, sondern hält es für wahrscheinlich, daß es sich um einen Grenzfall handelt, den mancher Psychiater als noch in die Breite des Gesunden fallend rechnen mag.

Einen Beitrag zur Kasuistik der Pseudologia phantastica liefert **Wendt** (227). Wenn — wie schon Delbrück sagte — bei den Mischformen von Irrtum und Lüge die Mischung beider Bestandteile eine annähernd gleiche ist, rechtfertigt dieser Zustand die Bezeichnung Pseudologia phantastica. Der psychologische Aufbau dabei ist folgender: Die Grundlage bildet eine degenerative Alteration, darauf taucht ein Wunschkomplex auf, dieser steigert sich zur Autosuggestion — damit ist er pathologisch —, dann folgen die praktischen Konsequenzen, und damit ist die Pseudologia phantastica einerseits und der Schwindel, d. h. die Kriminalität andererseits perfekt. Durch einen vom Autor beobachteten Fall wird dieser Vorgang treffend illustriert: Ein erblich belasteter Student, Sohn eines mittleren Beamten, in vielen Beziehungen hochbegabt, phantasievoll, wegen seiner Intelligenz angestaunt und daher enorm von sich selbst überzeugt, gibt sich auf der Universität als Rittergutsbesitzer aus, hält sich Diener und Equipage, legt sich den Grafentitel zu und weiß sich durch falsche Vorspiegelungen längere Zeit die Geldmittel für sein flottes Leben zu erschwindeln. Schließlich wird Anzeige erstattet; jetzt besinnt sich der Kranke auf sich selbst, arbeitet still und fleißig ein Semester lang. Dann treten wieder dieselben Erscheinungen wie früher auf, er macht unverhältnismäßige Schulden, zwecklose Bestellungen in Geschäften, flüchtet, als er interniert werden soll, verübt später wieder Schwindeleien und Zechprellereien, indem er sich als reichen Fabrikbesitzer ausgab. Er wird festgenommen und bald darauf in die Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß überführt. Seit seiner Verhaftung fühlt er sich wieder frei von seinem pathologischen Zustande, der seiner Angabe nach periodisch auftretend, mit Kopfschmerzen als Vorboten beginnend sich seiner unwiderstehlich bemächtigt, bis er so weit in der Gewalt seiner Ideen ist, daß das wirkliche Ich das eingebildete nicht mehr zu verdrängen vermag. In der Anstalt hielt er sich höflich und fleißig, konnte nach einigen Monaten als „soweit genesen“ entlassen werden. Es zeigten sich also auch hier die typischen Hauptpunkte: die degenerative Grundlage; das bis zur Autosuggestion gesteigerte Wunschmoment, das Doppelbewußtsein und die Periodizität des Übergewichtes der wunschgemäßen Persönlichkeit.

Leppmann (119) berichtet über einen Fall von falscher Selbstbezichtigung, an dem sehr lehrreich zu ersehen ist, wie sich die Sache chronologisch entwickelte, wie der Kranke später völlige Einsicht für die

frühere Krankheitsperiode erhielt und sein Wiederaufnahmeverfahren betrieb, und wie seine Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Selbstbezichtigung bewiesen wurde. Der 27jährige Schreiber eines Rendanten meldet sich plötzlich bei der Staatsanwaltschaft, er habe Unterschlagungen und Urkundenvernichtung sich zu Schulden kommen lassen. Er wird auf Grund seines Geständnisses, das er mit Reue und Seelenqualen motiviert, zu 15 Monaten Gefängnis verurteilt. Bei der Hauptverhandlung bittet er um Freisprechung, kurz darauf versucht er, eine härtere Strafe zu bekommen, da seine Schandtaten noch nicht genug gesühnt seien. Sodann hält er sich im Gefängnis gut, ebenso nach seiner Entlassung. Plötzlich fängt er an, dauernd zu jammern, er sei unschuldig verurteilt, er habe in Geistesstörung eine falsche Selbstbezichtigung ausgesprochen. Es wird eine neue Ermittlung angestellt, bei der sich zeigte, daß der Verurteilte schon früher die Wahnvorstellung geäußert habe, er habe Verbrechen begangen, daß ferner Unregelmäßigkeiten in der von ihm angegebenen Höhe nie an der betreffenden Kasse vorgekommen waren, daß er schon einmal eine nachgewiesenermaßen falsche Selbstbezichtigung ausgesprochen habe, und daß bei ihm häufig im Anschluß an starke Masturbation Verstimmung und Kleinmut bestanden habe. In der Hauptverhandlung machte er einen so läppischen und urteilslosen Eindruck, daß der Autor der Ansicht ist, daß es sich nicht bloß um eine konstitutionelle Verstimmung, sondern vielleicht um eine Hebephrenie handelte. Das Gutachten erklärte ihn für geisteskrank zur Zeit seiner Selbstbeschuldigungen, worauf er freigesprochen wurde.

Therapie der Geisteskrankheiten.

Ref.: San.-Rat Dr. Ascher-Berlin.

1. Abramowski, E., Berichte über Schwachsinnigenfürsorge in England. Das Problem der Schwachsinnigenfürsorge. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1—2. p. 62. 158.
2. Albrecht, O., Über Kranksinnigenfürsorge im Felde. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 389.
3. Ali Moukhlis, Statistique de l'asile des aliénés de Top-tachi pendant l'année 1326. (1910—1911.) L'Assistance. Août. p. 115.
4. Alt, Konrad, Moderne Anstaltsbehandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 20. p. 613.
5. Derselbe, Die Entwicklung der familiären Irrenpflege Norwegens. Eine Übersicht. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 32. p. 317.
6. Alter, Die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus 1811 bis 1911. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 25. p. 237.
7. Anderl, Wolfgang, Beitrag zur Behandlung des Kretinismus. Inaug.-Dissert. München.
8. Arango de la Luz, F., El baño tibio prolongado, y el reposo en la cama, como medios de combatir eficazmente la agitación en los enagenados. Rev. méd. cubana. XVIII. 213—215.
9. Arsimoles, Chirurgie et services connexes dans les asiles d'aliénés de Province. L'Informateur des aliénistes. No. 2. p. 55.
10. L'assistance familiale dans le Var. L'Assistance. Mai. p. 65.
11. Derselbe, Des enfants anormaux en Norvège. ibidem. p. 70.
12. Autengruber, M., Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 37—38. p. 371. 383.
13. Becker, Werner H., Die medikamentöse Behandlung der Geisteskrankheiten. Fortschritte der Medizin. No. 4—5. p. 73. 103.
14. Derselbe, Therapie der Geisteskrankheiten für praktische und Irrenärzte. Leipzig. Benno Konegen.
15. Derselbe, Die Fortschritte irrenärztlicher Therapeutik im Jahre 1910. Sammelreferat. Allg. Mediz. Zentral-Zeitung. No. 10—12. p. 127. 141. 272. No. 26. p. 354.



16. Derselbe, Das Spezialfach des Irrenarztes. Moderne Medizin. No. 6. p. 127.
17. Derselbe, Gewaltsame Todesarten in Irrenanstalten. Medico. 1. u. 8. III.
18. Derselbe, Das Pantopon in der Psychiatrie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 19.
19. Belletrud, L'Assistance familiale dans le Var. L'assistance. Mai.
20. Derselbe et Froissard, P., Conseils aux infirmiers. Paris. 1910. Vigot frères.
21. Benon, R., Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus ou subaigus. La Presse médicale. No. 100. p. 1036.
22. Berendt, S., Beobachtungen und Vorschläge, betreffend die Behandlung der Geistes-Kranken im Orient, auf Grund meiner Studienreise. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 14. p. 372.
23. Bergonzoli, Gaspare, Note statistiche e relazione sull'andamento del manicomio provinciale di Pavia in Voghera nell'anno 1910. Pavia. Officina tipografica Lombardi, Pezzoni, Sacchetti.
24. Derselbe, Dell' uso dell' Argento colloide elettrico nelle malattie mentali. XIV. Congr. freniatrico in Perugia. Voghera. Tip. Gavi Luigi Succ. Gatti.
25. Bericht über den Zustand der Vereinigung „Centraal Israelietisch Krankzinnigengesticht in Nederland" im Jahre 1910.
26. Bernheim, De la psychothérapie dans les psychoses. Revue neurol. I. p. 535. **(Sitzungsbericht.)**
27. Bernstein, A. N., Versuch einer Behandlung der depressiven Attacken zirkulären Charakters mit kohlensauren Mineralbädern. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 8.
28. Bertschinger, H., Heilungsversuche bei Schizophrenen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 2. p. 209.
29. Beyer, Bernh., Zur Abwehr der Presse-Angriffe. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 31. p. 313.
30. Derselbe, Noch einmal „Zur Abwehr der Presse-Angriffe". ibidem. XIII. Jahrg. No. 37. p. 375.
31. Bianchi, Vincenzo, La choléra dans les asiles. Histoire et prophylaxie. Annali di Nevrologia. 1910. fasc. 3—4. p. 179—188.
32. Bloss, J. R., Treatment of Recently Insane. West Virginia Med. Journ. June.
33. Bonhomme, J., Les déséquilibrés insociales à internements discontinus et la section des aliénés difficiles à l'asile de Villejuif. Paris. G. Steinheil.
34. Bossi, L. M., Die gynaekologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynaekologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 36.
35. Bresler, Zur Entlastung der öffentlichen Irren- etc. Anstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 46. p. 429.
36. Briggs, L. V., What Can be Done for the Prevention of Insanity by the Treatment of Incipient Cases in General Hospitals, and What has Been Done in the Past. Amer. J. of Insan. LXVII. 637—660.
37. Bruchansky, P., Ergebnisse der achtjährigen Tätigkeit des Patronage der Stadt Moskau. Korsakowsches Journ. f. Neuropath. (russ.) 11. 534.
38. Buder, Unsere Stellung zur Organisation des Krankenpflegepersonals. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 5. p. 692.
39. Büttner, Georg, Fürsorgebestrebungen in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV. H. 5—6. p. 496.
40. Derselbe, Bestrebungen zwecks eines einheitlichen Personalbogens in der Hilfsschule. Eos. I. 276.
41. Camerer, Die Irrenfürsorge in Württemberg in den letzten 30 Jahren. Medicin. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 12—13. p. 187. 203.
42. Camus, P., L'agitation et son traitement. Paris médical. 49—54.
43. Carus, P., The Logic of Lunacy. Monist. XXI. 449—454.
44. Charon, René, Les médecins des asiles d'aliénés au conseil général de la Seine. L'Informateur des Aliénistes. p. 16.
45. Chéron, Henri, Circulaire du sous-secrétaire d'état relative aux principes à observer dans la construction et l'aménagement des services de neuro-psychiatrie dans les hôpitaux maritimes. Archives de méd. et pharmacie navales. No. 2. p. 138.
46. Clemens, Ein neues Anstaltsgebäude der Alsterdorfer Anstalten. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 254.
47. Clérambault, de, Les quartiers d'observation et les asiles pour débiles et incapables. Annales méd.-psychol. 9. S. T. XIII. p. 295. **(Sitzungsbericht.)**
48. Derselbe, Sur un internement contesté. Revue neurol. 1912. 1. S. p. 139. **(Sitzungsbericht.)**
49. Cornu, Edmond, Documents d'Outre-mer. Des infirmières dans les quartiers d'hommes aliénés. Traitement des phases aigues de l'aliénation mentale par l'alitement en plein air. Ann. méd.-psychol. 9. S. T. 14. p. 84.



50. Cotton, H. A., Some Problems in the Treatment and Prevention of Mental Diseases. Collected Papers by the Med. Staff of the New Jersey State Hosp. at Trenton. 1. 1907—1911.
51. Derselbe, Collected Papers by the Medical Staff of the New Jersey State Hospital at Trenton. Vol. I. 1907—1911.
52. Cron, L., Heilpädagogische Technik und Wertarbeit. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV. H. 5—6. p. 516.
53. Cullerre, L'hopital d'épileptiques de l'état d'Ohio. Annales médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 1. p. 52.
54. Damaye, Henri, Les affections mentales curables et leur traitement. Journal de Neurologie. No. 8. p. 141.
55. Derselbe, Valeur de l'iode en psychiatrie comme antitoxinique et émménagogue. Revue de Psychiatrie. 1910. T. XIV. No. 1. p. 11.
56. Derselbe, L'assistance aux troubles mentaux aigus et curables. ibidem. 15. Sept.
57. Derselbe, L'hospitalisation des aliénés aigus et curables. Le Revue philanthropique. p. 299.
58. Derselbe et Mézie, A., Du Collargol en Psychiatrie. L'Encéphale. 1909. No. 4. p. 343.
59. Dieselben, Le Collargol dans quelques affections mentales d'origine toxique. Arch. de Neurol. 6. S. Vol. II. 1909. p. 93.
60. Dieselben, Etats mentaux aigus traités par le Collargol. Revue de Thérapeutique médico-chirurg. 15. Févr. 1910.
61. Dieselben, Moëlle osseuse et rate crues dans le traitement des affections mentales aiguës et subaiguës. ibidem. 15 Mars. 1910.
62. Dannemann, Die Probleme der modernen Geisteskranken- und Schwachsinnigenfürsorge unter spezieller Berücksichtigung der hessischen Verhältnisse. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2359.
63. Danvers, A., Use of Thyroid Extract in Dementia Praecox. Australasian Med. Gazette. April.
64. Davidson, A Case Illustrating the Use of Thyroid Extract in Dementia praecox. Australasian Med. Gazette. 20. April.
65. Dawidenkof, Serge, Syndrome catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. L'Encéphale. 2. Sem. No. 8. p. 97.
66. Derselbe, Über die Wirkung partieller Strumektomie auf die psychomotorischen katatonischen Erscheinungen. Ssowsemennaja psichiatrija. Jan./Febr.
67. Decker, K., Der Werk- und Arbeitsunterricht in der Hilfsschule auf der Ausstellung des Hilfsschulverbandstages in Lübeck. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 2. p. 123.
68. Dees, Arbeitstherapie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 1. p. 116.
69. Dejaio, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich. Psych.-neurol. Wochenschr. 13. 339. 353.
70. Deventer, J. van, Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. H. 1—2. p. 5. 11. u. Wien. 1909. „Austria." Franz Doll.
71. Derselbe, Über den Transport der Geisteskranken. Psych. en neurol. Bladen. 15. 581.
72. Dobrick, Ketzergedanken eines Psychiaters. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 41—42. p. 383. 393.
73. Derselbe, Erwiderung auf den Artikel des Herrn Prof. Weber-Göttingen, „Zur Bedeutung der Anstaltspsychiatrie." ibidem. XII. Jahrg. No. 50. p. 465.
74. Derselbe, Videant consules . . .! ibidem. XIII. Jahrg. No. 27. p. 265.
75. Derselbe, Odium psychiatricum. ibidem. XIII. Jahrg. No. 38. p. 381.
76. Donath, Julius, Erwiderung auf den Aufsatz von Herrn Dr. Otto L. Klieneberger: „Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum". Berliner klin. Wochenschr. No. 12. p. 555.
77. Derselbe, Bemerkung zu dem Aufsatz des Herrn O. Fischer: Über die Aussichten einer therapeutischen Beeinflussung der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. V. H. 1. p. 143.
78. Dowbuja, E., Die medizinisch-statistische Rechenschaftsberichterstattung der russischen Irrenanstalten. Korsakowsches Journal f. Neuropathol. (russ.) 11. 517.
79. Downy, M. H., Management and Treatment of Early Insanity. Australasian Med. Gazette. Dec. 20.
80. Drysdale, H. H., The Mental Hospital of the Future. The Cleveland Med. Journ. Vol. X. No. 3. p. 186.
81. Duhem, P., Treatment of Heroinomania and Morphinomania. Med. Press and Circular. Febr. 22.



82. Duse, R., Il manicomio provinciale provisorio di Belluno. Giorn. di Psichiatria. **39.** 177.
83. Duyn, J. van, Location of the Hospital for the Insane, at Ogdensburg. New York State Journ. of Medicine. Nov.
84. Eder, M. D., A Case of Obsession and Hysteria Treated by the Freud Psycho-Analysic Method. Brit. Med. Journal. II. p. 750. **(Sitzungsbericht.)**
85. Emanuel, Gustav, Eine Methode zur Verhinderung des Erbrechens bei der Sondenernährung. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 50. p. 467.
86. Erskine, W. J. Adams, Asylum Dysentery. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 492.
87. Faivre, Le Véronidia dans un cas de méningite avec délire paratyphique et chez un héroïnomane. Poitiers. G. Basile.
88. Derselbe, Méningite paralytique et héroïnomanie traitées par le „Véronidia". Arch. de Neurol. 9. S. T. II. Nov. p. 325.
89. Feltzmann, Über die Rolle des Psychiaters bei der Organisation und Aufsicht in den „Hilfsschulen". I. Vers. russ. Ges. d. Irrenärzte. Moskau. 17.—24. Sept.
90. Fields, G. E., The Effect of Occupation Upon the Individual. Amer. Journ. of Insanity. **68.** 103.
91. Fischer, Max, Statistisches aus dem badischen Irrenwesen. Psychiatr.-neurol. Wochenschrift. No. 6. p. 47.
92. Derselbe, Die Entwicklung des badischen Irrenwesens. Klin.-therap. Wochenschr. No. 28. p. 778.
93. Derselbe, Jahresbericht der Grossherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch für die Jahre 1909 und 1910. Karlsruhe. Maklotsche Buchhandlung.
94. Derselbe, Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Neurol. Centralbl. p. 1265. **(Sitzungsbericht.)**
95. Fischer, Oskar, Über die Aussichten einer therapeutischen Beeinflussung der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 4. p. 482.
96. Förster, Eugen, Über Adalinwirkung bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschrift. XIII. Jahrg. No. 28. p. 281.
97. Fransen, F., Drankzucht en hare verpleging. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. II. 39—44.
98. Frotscher und Becker, Sauerstoffbäder in der Irrenpflege. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 67.
99. Funaioli, Gaetano, Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 37. fasc. 1—2. p. 337.
100. Fürstenheim, W., Zur Frage der gesetzlichen Fürsorge für geistig-schwächliche und kränkliche Kinder. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV. H. 5—6. p. 485.
101. Gallus, Helenenhof, ein Haus für psychopathische weibliche Fürsorgezöglinge. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 28. p. 277.
102. Gerhardt, J. P., Die Schule der Alsterdorfer Anstalten, ihr Schülermaterial und ihre Unterrichtsmethode. Zeitschr. f. die Erforsch. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 213.
103. Gluschkowa, N., Zur Pflege der unruhigen, unreinlichen und ansteckenden Geisteskranken. Nach dem Material der russischen Irrenhäuser. Neurol. Bote. (russ.) **18.** 820.
104. Graham, William, Psychotherapy in Mental Disorders. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 617.
105. Germann, J., Weibliches Personal in der Männerabteilung des Orelschen Landesirrenhauses. I. Vers. d. russ. Verb. von Irrenärzten. Moskau. 4.—11. Sept.
106. Grine, de, Le traitement des différentes formes de déséquilibre psychique. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. I. p. 316. **(Sitzungsbericht.)**
107. Gross, Einige Punkte aus der psychiatrischen Therapie. Strassburger Mediz. Zeitung. No. 11. p. 229.
108. Gürtler, Reinhold, Naturgemässer Anschauungsunterricht bei Geistesschwachen auf der untersten Stufe im Anschluss an die Triebbetätigung. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 1. p. 2.
109. Hackebusch, W., Feste Abteilungen in den russischen kommunalen psychiatrischen Krankenhäusern. Ssowremennaja Psichiatrija. März/April.
110. Hagemann, Die Ruhr in Städtel-Leubus und allgemeine Betrachtungen über die „Pseudodysenterie der Irren". Klinisches Jahrbuch. Bd. 25. H. 3. p. 273.
111. Hallager, F., Om Familieforpiejning af Sindssyge. Ugeskrift for Laeger. No. 30.
112. Hambruch, Paul, Wie die Eingeborenen auf Ponape den Irrsinn heilen. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 269.



113. Hamill, Ralph C., Salvarsan in a Case of Paresis. The Journ. of Nervous and Mental Disease. Vol. 38. p. 430. (Sitzungsbericht.)
114. Hammer, W., Seelenkundige Bemerkungen zur Fürsorgeerziehung mit Berücksichtigung der Cramerschen Auffassungen. Deutsche Aerzte-Zeitung. No. 1. p. 9. No. 3. p. 59.
115. Hammond, F. S., Typhoid Fever in State Hospitals as Illustrated at the New-Jersey State Hospital at Trenton. Amer. Journ. of Insanity. 67. 759.
116. Hartwich, Werner, Erfolg der Salvarsanbehandlung bei einem Fall von Malaria. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 44.
117. Hellwig, Alfred, Jahresbericht der mährischen Landes-Irrenanstalt Brünn für das Jahr 1910. Brünn. Verlag d. mähr. Landesausschusses.
118. Hennes, H., Über Adalinwirkung bei Neurosen und Psychosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 4. p. 507.
119. Hennings, Richard, So führen wir unsere schwachen Kinder zur Naturbeobachtung. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 10. p. 185.
120. Herting, Über die Unterbringung der Geisteskranken während des 17. und 18. Jahrhunderts. Neurol. Centralbl. p. 1149. (Sitzungsbericht.)
121. Hickling, D. P., Psychopathic Work at Washington Asylum Hospital for Year Ending June 30. 1911. Washington Med. Annals. Nov.
122. Hoffmann, Heilpädagogische Umschau auf der internationalen Hygieneausstellung in Dresden. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 10. p. 192.
123. Hoisholt, A. W., The Commitment of the Insane in the State of California. California State Journ. of Medicine. April.
124. Holmes, B., Custody or Cure? Diet. and Hyg. Gaz. XXVII. 280—286.
125. Horrix, Hermann, Die Trennung nach Zeit und Raum, ein Veranschaulichungsprinzip für die Hilfsschule. Zeitschr. f. die Erforschung u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV. H. 5—6. p. 537.
126. Hrase, Joh., Zur Eröffnung der königl. böhm. Landes-Irrenanstalt in Bohnitz bei Prag. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 51—52. p. 471. 481.
127. Hughes, C. H., Tranquilizer for Maniacs. The Alienist and Neurol. Vol. 32. No. 1. p. 163.
128. Hurd, A. W., Social Service in the Work of a Hospital for the Insane. Bull. of the Academy of Medicine. Aug.
129. Hurd, H. A., A History of Institutional Care of the Insane in the United States and Canada. Amer. Journ. of Insanity. 67. 587.
130. Hussels, Hans, Ueber die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 3. p. 1113.
131. Hyslop, F. B., Royal Lunatics. St. Marys Hosp. Gaz. 1910. XVI. 135—139.
132. Ilten, W., Heilversuche mit Nuclein-Injektionen bei Schizophrenie (Dementia praecox). Mit einer vorläufigen Mitteilung über cytologische Blutbefunde bei dieser Krankheit. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VII. H. 4. p. 384.
133. Irrenwesen. — Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1909. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jahrg. XII. No. 46. p. 430.
134. Jacobi, Eugenie, Berlins städtische Schule für schwachsinnige Kinder. Blätter f. Schulpraxis. 1910. No. 4.
135. Jahresbericht über die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1908 und 1909. München. J. F. Lehmann.
136. Jahresbericht der Königl. Medizinalbehörde über die Irrenfürsorge in Schweden im Jahre 1909. Stockholm.
137. Jennicke, Eugen. Zur Wirkung des Adalins bei Geisteskranken. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 50. p. 466.
138. Johanson, E., Über die Überfüllung der Irrenanstalten. Psych. d. Gegenw. (russ.) 5. 665.
139. Jones, B., General Medical Treatment of Early Cases of Insanity. Med. Press and Circular. Nov. 22.
140. Jones, E. K., Libraries for the Patients in Hospitals for the Insane. Amer. Journ. of Insanity. 68. 95.
141. Jorgensen, Axel, Ein Fall tötlicher Arsenikvergiftung bei Behandlung von Gehirnsyphilis (Dementia paretica) mit Ehrlich-Hata 606. Medizin. Klinik. No. 10. p. 372.
142. Juliusburger, Psychiatrische Tagesfragen. Neurol. Centralbl. 1912. p. 142. (Sitzungsbericht.)
143. Jurmann, Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Russk. Wratsch. No. 46/47.
144. Kalmus, Ernst, Zur Irrenfürsorge in Österreich mit spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen. Der Amtsarzt. No. 12. p. 513.

145. Kauffmann, M., Über die Nachteile der Arbeitstherapie bei akuter Geisteskrankheit. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 2. p. 250.
146. Kaup, J., Sozialhygienische Vorschläge zur Ertüchtigung unserer Jugendlichen. Berlin. Carl Heymann.
147. Kazowski, A. D., Ist eine planmässige Erweiterung der psychiatrischen Hilfe möglich ohne vorausgehende Zählung der Geisteskranken. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 5—7.
148. Keller, Christian, Eine Insel-Anstalt für antisoziale schwachsinnige Männer. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1—2. p. 22.
149. Kendall, H. H., The New Psychopathic Hospital to be Erected by the State of Massachusetts in Boston. Internat. Hosp. Rec. XIV. No. 6. 7—10.
150. Kerris, Zur Behandlung der Unruhe der Geisteskranken. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 42. p. 395.
151. Kirmsse, M., Die deutschen Anstalten für Geistesschwache und Epileptische am 1. Januar 1911 nebst Rückblick. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 3—4. p. 62. 81.
152. Derselbe, Heinrich Ernst Stötzner, der Vater der deutschen Hilfsschule. Eos. VII. 184.
153. Klieneberger, Otto L., Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Berliner klin. Wochenschr. No. 8. p. 330.
154. Klinke, Ausbreitung und Zusammenschluss der Hilfsvereine. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 501.
155. Derselbe, Hausindustrie. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 20. p. 189.
156. Klumker, Erziehungsarbeit in Dänemark. Frankfurter Zeitung. 1909. No. 358.
157. Derselbe, Beobachtungsanstalten für Kinder und Jugendliche. Die Mainbrücke. 1909. 16. Januar.
158. Kolb, G., Die Familienpflege, unter besonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VI. H. 3. p. 273.
159. König, H., Klinische Versuche mit Adalin als Sedativum und Hypnoticum. Berl. klin. Wochenschr. No. 41. p. 1835.
160. Krarup, F., Plejeanstaltspricipet i Sindssygsbehandling. Ugeskrift for Laeger.
161. Kürbitz, Die internationale Hygiene-Ausstellung zu Dresden. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 10. p. 89.
162. Ladame, P. L., Une visite à la colonie agricole d'Uchtspringe. Annales médico-psychol. 9. S. T. XIII. No. 2. p. 230.
163. Lagriffe, Lucien, Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi du 30 juin 1838. Annales médico-psychol. 9. S. T. XIII. No. 2. p. 243.
164. Laurent, O., Arriération et trépanation. Clinique. 1910. XXV. 521—524.
165. Lay, W. A., Ueber das Morgen- und Abendlernen. Eine experimentell-pädagogische Untersuchung. Zeitschr. f. die Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 285.
166. Lechner, Karl, Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Koloszvár (Klausenburg) Ungarn. Psych-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 12—13. p. 107. 117.
167. Legel, Pädagogische Behandlung der Idiotie und Epilepsie. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge Bd. IV. H. 1. p. 56.
168. Lehm, Kurt, Ein Jahrgang Anschauungsunterricht in Verbindung mit Werktätigkeit auf der Unterstufe der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 2. p. 129.
169. Derselbe, Sprachliche Erziehung in der Hilfsschule unter besonderer Berücksichtigung der Methode Professor Engel-Dresden. ibidem. Bd. V. H. 3—5. p. 375.
170. Lentz, Otto, Die Bedeutung der Keimträger in Irrenanstalten. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 1. p. 1.
171. Leppmann, Irrenärztliche Tagesfragen. Berl. klin. Wochenschr. No. 46—47. p. 2053. 2115.
172. Levison, L'assistance des enfants anormaux en Norvège. L'Assistance. April. p. 49.
173. Liemann, Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes. Ber. über den Österreich. Irrenärztetag z. Linz. 6. Okt.
174. Lindenau, Die Staatsaufsicht über die Fürsorgeerziehungsanstalten in Preussen. Deutsche Juristenzeitung. 1910. No. 15.
175. Little, C. S., A Talk of the Care and Training of the Feeble-Minded. Medical Record. Vol. 80. p. 904. (Sitzungsbericht.)
176. Ljustrizki, W., Lew Nikolajewitsch Tolstoi in der Moskauer Bezirksirrenanstalt. Obosr. psich. No. 12.
177. Loewenstein, Joseph, Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Nucleinsäureinjektionen. Berliner klin. Wochenschr. No. 16. p. 714.
178. Lugiato, Luigi, Il manicomio della provincia di Utopia. Appunti di tecnica manicomiale. Sondrio. Sec. tipo-litografico Valtellinese.



179. Lunacy, State Commission in —, Twenty-first Annual Report (State of New York). Albany. J. B. Lyon Company.
180. Lwoff, Essai de suppression du quartier cellulaire dans un service de femmes. Ann. médico-psychol. 1912. 10. S. T. I. p. 94. (Sitzungsbericht.)
181. Major, Wo sollen schwachsinnige Kinder erzogen werden? Heilpädagog. Schul- und Elternzeitung. No. 2.
182. Major, Gustav, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. III. H. 4. p. 193.
183. Derselbe, Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder. Die Gesundheitswarte. Heft 1. p. 7.
184. Derselbe, Mieltschin und seine Lehren. ibidem. H. 3. p. 51.
185. Marie, A., Paralysie générale et „606". Revue de Psychiatrie. févr. p. 84.
186. Derselbe, A propos des colonies familiales d'aliénés. Rev. philanthrop. 1910. XXVIII. 153—154.
187. Derselbe, Sur quelques risques de la profession médical dans la Société contemporaine. L'Assistance. Déc. p. 189.
188. Derselbe et Bourilhet, Essai de thérapeutiques dans la paralysie générale par l'hectine et l'hectargyre. Bull. de la Soc. français de Dermatol. No. 2. p. 95. u. Bull. gén. de Thérapeut. T. CLXI. No. 8. p. 310.
189. Marmesko, M., Radiotherapie bei progressiver Paralyse. Korsakoffsches Journal 1910. Roth Festschr.
190. Maudenow, Fall von erfolgreicher Behandlung einer syphilitischen Paralyse durch „606". Arb. u. Prot. d. Kais. Kaukas. Med. Ges. (russ.). 47. 246.
191. Mc Cready, E. B., The Hospital School for Backward Children. St. Louis Med. Review. May.
192. Derselbe, Care of the Exceptional Child. Archives of Pediatrics. June.
193. Mc Intosh, J. H., A Plea for the More Rational and More Energetic Care of the Insane. Journ. of the South Carolina Med. Assoc. March.
194. Mehnert, Max, Zur Behandlung schwer erziehbarer Kinder. Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger. No. 12. p. 243.
195. Moeli, C., Die Aufgaben der ärztlichen Praxis bei der Fürsorge für psychisch Kranke. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 6. p. 157.
196. Mönkemöller, Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 22—24. p. 213. 220. 232.
197. Morat, Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication. Thèse de Paris.
198. Morel-Lavallée, A., Un nouveau traitement du morphinisme par la methode euphorique. Rôle prépondérant des vaso-moteurs. A propos de la kentomanie (manie de la piqûre). Ann. méd.-psychol. 9. S. T. XIV. p. 321. (Sitzungsbericht.)
199. Moses, Julius, Die Fürsorge für Geisteskranke und Gebrechliche. Soziale Medizin und Hygiene. Bd. VI. H. 10. p. 423.
200. Návrat, V., Jahres-Bericht der mährischen Kaiser-Franz-Josef I. Landesheilanstalt in Kremsier. Kremsier. Heinrich Slovák.
201. Nenci, C., La profondità del sonno nell'alienato applicato al lavoro. Ramazzini. V. 68—75.
202. Nichols, J. R., Reasons Why the Care and Treatment of Mental Diseases in Texas State Hospitals Are Not Ideal. Texas State Journal of medicine. Febr.
203. Niessl-Mayendorf v., Vorlesungen über Spezielle Therapie der Geisteskrankheiten. Fortschritte der Medizin. No. 49—52. p. 1153. 1177. 1211. 1225. u. Therapie d. ärztl. Praxis. 1910. I. 305—324.
204. Nikitin, V., Beiträge zur Frage der Organisation von Schulen für zurückgebliebene Kinder durch die Moskauer Stadtverwaltung. Hilfsschulen für zurückgebliebene Kinder in Deutschland und der Schweiz. Moskau.
205. Noble, Charles P., The Treatment of Acute Mania. Medical Record. Vol. 79. No. 11. p. 433.
206. O'Farrell, J. M., Modern Civilizations Greatest Blot-Our Care of the Insane. Texas State Journ. of Medicine. Febr.
207. Oláh, A. v., Therapeutische Versuche mit Pantopon bei Geisteskranken. Gyógyászat. No. 17—18. (ungarisch.)
208. Pagé, A., Asiles et tuberculose. L'Assistance. Août. p. 124.
209. Pándy, Koloman, Ueber die Fluchtversuche der Geisteskranken. Pester mediz.-chir. Presse. No. 9—11. p. 65. 81.
210. Paravicini, G., Considerazioni di tecnica manicomiale in un caso di automutilazione della lingua. Rassegna di studi psichiatrici. Bd. 1. H. III. Siena. Maggio-Giugno.
211. Paul-Boncour, La valeur du traitement médico-pédagogique dans la cure des anomalies morales. Le Progrès médical. No. 25. p. 307.



212. Peeters, La population de la colonie de Gheel. Bull. Soc. de méd. ment. de Belg. 1910. 244—246.
213. Perdeau, J. R., Clinical Aspect and Treatment of Asylum Dysentery. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 93.
214. Philippe, Jean, et Paul-Boncour, G., L'éducation des anormaux. Principes d'éducation physique, intellectuelle, morale. Paris. Félix Alcan.
214a. Pianetta, G., L'affollamento nei manicomî non è l'espressione di un aumento della follia. Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettro terapia. Band IV. Heft 3.
215. Picqué, Lucien, Psychopathies et chirurgie. 1. Doctrines et faits. Paris. Masson et Cie.
216. Pieraccini, A., Sull'assistenza domestica sussidiata degli alienati. Quaderni di Psichiatria. I. H. 3. u. Cesalpino. VII. 41—45.
217. Pilcz, Alexander, Ueber neuere Fortschritte in der Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten. Medizin. Klinik. No. 5. p. 165.
218. Pilgrim, Ch. W., The Care and Treatment of the Insane in the State of New-York. Amer. Journ. of Insanity.
219. Plange, Walter, Heilversuche bei Paralytikern. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 2. p. 223.
220. Plönies, W., Die diätetische und medikamentöse Behandlung der von Magenerkrankungen abhängigen zerebralen Funktionsstörungen und Psychosen. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 2. p. 721.
221. Porot, La situation des aliénés français en Tunésie. Revue de Psychiatrie. T. XV. No. 6. p. 242—249.
222. Prosoroff, L., Suicidia der Geisteskranken in Krankenhäusern. Psych. d. Gegenw. (russ.) 5. 377.
223. Derselbe, Das Moskauer städtische Patronat für Geisteskranke. Ssowremennaja Psichiatria. 1910. No. 6—7.
224. Ramadier, J., L'assistance des épileptiques et des idiots en Loir-et-Cher. L'hospice Dessaignes annexe de l'hospice d'aliénés. Ann. médico-psychol. 9. S. T. 13. No. 3. p. 425.
225. Ranson, S. Walter, and Scott, G. D., The Results of Medicinal Treatment in Eleven Hundred and Six Cases of Delirium Tremens. The Amer. Journal of the Med. Sciences. Vol. CXLI. No. 5. p. 673.
226. Rappeport, A., Einige Bemerkungen über die in Wien angewendete Behandlung von Paralytikern. Revue f. Psych. (russ.) 16. 321.
227. Raw, Nathan, The Treatment of Puerperal Insanity with Antistreptococcic Serum. The Journal of Mental Science. Vol. LVII. p. 506.
228. Reicher, H., Bibliographie der Jugendfürsorge. Der „Fürsorge für die verwahrloste Jugend". III. Teil. 2 Bd. H. 2. Wien. Manz.
229. Reiss, Paul, Versuche mit Adalin bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. H. 19. p. 181.
230. Rodiet, A., Le placement familial des aliénés, ses avantages. L'Assistance. Juillet. p. 97.
231. Derselbe, De l'extension de la Colonisation familiale des aliénés. Arch. de Neurol. 9. S. Vol. II. No. 2. p. 69.
232. Rohde, Wann muss eine Trinkeranstalt und besonders eine Irrenanstalt einen gegen seinen Willen festgehaltenen Trinker entlassen? Monatsschr. f. Kriminalpsychol. H. 1. p. 1.
233. Rohlena, W., Die Schwachsinnigenfürsorge in England. Eos. 7. 257.
233a. Ronco, G., La vaccinazione nei pazzi. Nota clinica. Bollettino delle cliniche. Heft 6. 1910.
234. Prosoroff, L., Suicidia der Geisteskranken in Krankenhäusern. Psych. d. Gegenw. (cf. No. 222.)
235. Rosenfeld, M., Die Geschichte der psychiatrischen Abteilung im Bürgerspital zu Strassburg vom Jahre 1782—1881. Strassburger Mediz. Zeitung. No. 10. p. 201—210.
236. Roubinovitch, J., Rôle du médecin praticien dans le traitement et l'internement des aliénés. Le Progrès médical. No. 30. p. 365.
237. Rüder, Rudolf, Die Fürsorgeerziehung Minderjähriger im Königreiche Sachsen. Inaug.-Dissert. Leipzig.
238. Saint-Yves, P., La simulation des guérisons. Arch. internat. de Neurol. 1912. 10. S. T. I. p. 188. (Sitzungsbericht.)
239. Samama, N., Le problème de l'assistance aux étrangers d'après les derniers Congrès internationaux. L'Assistance. Sept. Oct.—Dez. p. 129. 149. 169.
240. Sauermann, Von einem Besuche in England. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 48. p. 443.



241. Savage, G. H., On Recoveries from Insanities. Polyclin. 1910. XIV. 115—117.
242. Scheer, W. M. van der, Catatonia Treated by Partial Thyroidectomy. Folia neurobiologica. Vol. V. No. 7. p. 755. u. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. **55 (1).** 1939.
243. Schenk, A., Vom Hilfsschulwesen der Stadt Breslau. Eos. 7. 100.
244. Schiller, Die Beschäftigungstherapie bei den Psychosen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1584.
245. Schlöss, Heinrich, Der Regierungsentwurf eines Irrenfürsorgegesetzes. Ein kritisches Referat. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 358.
246. Schneider, Zur Zellenfrage. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 36. p. 368.
247. Schnitzer, Hubert. Bericht an den Herrn Landeshauptmann der Provinz Pommern über das Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten Züllichau, Warsow und Magdalenen-Stift bei Stettin. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 2. p. 97.
248. Schob, F., Über Fürsorge für chronisch Kranke (Sieche); jetziger Stand, Notwendigkeit und Bedeutung ihres weiteren Ausbaues. Leipzig. F. Leineweber.
249. Schott, Aus der Heil- und Pflegeanstalt Stetten i. R. Medic. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXI. No. 23. p. 367.
250. Schreuder, P. H., Avantages et inconvénients des différents types d'établissements pour anormaux psychiques. Congr. internat. d'hyg. scol. 1910. I. 545—553.
251. Schultze, B. S., Gynaekologie und Irrenhaus. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 45. p. 1572.
252. Schuurmans Stekhoven, J. H., Voorloopig algemeen overzicht der beweging in de Nederlandsche krankzinnigengeschichten over het jaar 1910. Psych. en neurol. Bladen. No. 3.
253. Schweighofer, Josef, Aufnahme und Entlassung. Ber. über d. Österreich. Irrenärztetag z. Linz. 6. Okt.
254. Schwenk, Fürsorge für entlassene Schwachsinnige. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 12. p. 233.
255. Segard, La colonisation des aliénés en Argentine. L'Assistance. Févr. p. 17.
256. Siebert, Harald, Ueber den Einfluss des Fiebers auf den Verlauf von Geisteskrankheiten. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 40. p. 425.
257. Simon, Th., L'aliéné, l'asile, l'infirmier. L'Assistance. Mars. p. 33. u. Paris. O. Berthier, Bougault succ. Boulevard Saint-Germain. Librairie.
257a. Simonelli, G., Il potere antitriptico del siero di sangue in alcune malattie mentali. Rivista di patologia nervosa e mentale. Band XVI. Heft III.
258. Snell, Beschäftigungs-Therapie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 562. **(Sitzungsbericht.)**
259. Solomon, M., A Hurried Birds-Eye View of the Problem of the Modern Care of the Insane. New York Med. Journal. April 1.
260. Sommer, Die öffentliche Schlaf- und Ruhehalle bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 21. p. 202.
261. Soukhanoff, Serge, Le salvarsan dans les maladies mentales. Journal de Neurologie. No. 14. p. 261.
262. Specht, G., Über die familiale Verpflegung der Geisteskranken in Bayern. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. VI. H. 3. p. 305.
263. Starlinger, Jos., Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 33. p. 325.
264. Stier, Fortschritte in der Fürsorge für Geisteskranke im Kriege. Dtsch. Militärärztl. Zeitschr. No. 11. p. 435—438.
265. Stupin, S., Das Moskauer Dorfpatronage und andere russische Patronagen für Geisteskranke. Psych. d. Gegenw. (russ.) **5.** 277. 329.
266. Suchanow, Über Salvarsan bei Geisteskrankheiten. Ber. d. Hosp. f. Geisteskranke. St. Petersburg f. das Jahr 1909—1910. (cf. No. 261.)
267. Derselbe, Die psychiatrische Technik der Gegenwart. Russ. Arzt. (russ.) **10.** 427.
268. Derselbe, Aus dem Leben der psychiatrischen Krankenhäuser in Russland. ibidem. **10.** 303.
269. Tamburini, Über die neuen Behandlungsmethoden der progressiven Paralyse und der Tabes, insbesondere über die Tuberkulinbehandlung. Neurol. Centralbl. p. 1081. **(Sitzungsbericht.)**
270. Derselbe, Mongeri und Scabia, Die moralische und oekonomische Stellung der Aerzte und Krankenpfleger in den öffentlichen und privaten Irrenanstalten. ibidem. p. 1081. **(Sitzungsbericht.)**
271. Tirelli, V., Della protezione dei medici di manicomio. Ann. di freniat. 1910. XX. 97—114.



272. Tödter, Walther, Eine Typhusepidemie in der Landesirrenanstalt Gehlsheim. Inaug.-Dissert. Rostock.
273. Tomaschny, Über die Anwendung des Pantopons in der Psychiatrie. Neurolog. Centralbl. No. 3. p. 127.
274. Derselbe, Ein Fall von mehr als zehn Jahre dauernder Ernährung einer Geisteskranken mittels der Schlundsonde. Medizin. Klinik. No. 42. p. 1620.
275. Topp, R., Zur Ernährung bei Schwächezuständen von Nerven- und Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 21. p. 205.
276. Tuczek, F., Bericht über einen psychiatrischen Informationskursus für Fürsorger und Erzieher. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. V. H. 1—2. p. 86.
277. Turtur, A., Die Fürsorge für die minderwertig und kriminell veranlagte Jugend. Arzt als Erzieher. VII. 13. 29.
278. Válek, Friedrich, Über die Heilbarkeit und Prophylaxe der funktionellen Geistesstörungen. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 11. p. 701.
279. Vestberg, Edvard, Reseintryck från några tyska sinnesjukanstalter. Upsala Läkareför. Förhandlingar. Ny Följd. Bd. XVII. H. 1—2. p. 33.
280. Vestea, M. Di, I „lavori manuali" del punto di vista dell' igiene. Rivista di psicologia applicata. Bd. VI. Imola.
281. Vidoni, G., Das „Sabromin" in den Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten. „La Farmacoterapia". Bd. X. H. IV. 1910.
282. Visser, P., Formalitäten bei der Pflege der Geisteskranken. Utrecht. J. van Druten.
283. Wahl, L., Un asile d'aliénés au XVIII[e] siècle. Ann. médico-psychol. 9. S. T. XIII. No. 3. p. 479. **(Sitzungsbericht.)**
284. Walker, Zur Therapie der Paralysis progr. mit nukleinsaurem Natron. Obosr. Psych.
285. Walker, N. P., Tuberculosis Among Insane Negro Women. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVI. p. 1754. **(Sitzungsbericht.)**
286. Warmuth, Josef, Anstaltsleitung. Die Gesundheitswarte. H. 3. p. 65.
287. Weber, L. W., Zur Bedeutung der Anstaltspsychiatrie. Psych.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 47. p. 436.
288. Wehle, R. G., Absehen der Sprache vom Munde bei schwerhörigen, schwachsinnigen Kindern. Zeitschr. f. Behandl. Schwachs. 1910. No. 8/9. p. 113.
289. Derselbe, Vorübungen zum Schreib-Lese-Unterricht schwachsinniger Kinder. Braunschweig-Leipzig. Hellmuth Wollermann.
290. Weisenburg, T. H., The Care of the Insane. Medical Record. Vol. 80. p. 894. **(Sitzungsbericht.)**
291. Werner, G., Über die Fortschritte des Irrenwesens. Psych.-neurol. Wochenschr. 13. Jahrg. No. 30—40. p. 297. 307. 310. 344. 363. 385. 389. 402.
292. Weygandt, Über Studienreiseberichte. Psych.-neurol. Wochenschr. XII. Jahrg. No. 49. p. 461.
293. Derselbe, Jugendkunde and Schwachsinnigenfürsorge auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 2. p. 186.
294. Derselbe, Irrenanstalten. Das Deutsche Krankenhaus-Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten. p. 393. Jena. Gustav Fischer.
295. Derselbe, Grenzen der Erziehbarkeit. Aerztliche Beurteilung der Grenzen der Erziehungsmöglichkeit bei abnormen Jugendlichen. Zeitschr. f. Jugendwohlfahrt. 2. 152.
296. White, W. A., and Barnes, F. M., A Plan for Indexing Cases in Hospitals for the Insane. Amer. Journ. of Insanity. 67. 597.
297. Wilmanns, Karl, Die Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Baden und ihre Ursachen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. IV. H. 5. p. 617.
298. Winslow, Randolph, Partielle Thymektomie bei Dementia praecox. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 9. p. 228.
299. Winternitz, G., Les agents physiques dans les maladies mentales et nerveuses. Arch. internat. de Neurol. 9. S. Vol. II. No. 6. Dez. p. 341.
300. Ziegler, Karl, Zur Frage des Anfangsunterrichtes (Vorschulunterrichtes) bei Schwachsinnigen. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 2. p. 152.
301. Zschiesche, Paulus, Der Werk- und Arbeitsunterricht in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 3. p. 45.

Bei einem Rückblick auf das Jahr 1911 ist an dieser Stelle der Abwehrbewegungen der deutschen Psychiater gegen die Angriffe des Publikums wider die Irrenanstalten zu gedenken. Dem Leser dieses Buches



ist es ja nicht unbekannt, daß fast dauernd selbst in der besseren Zeitungspresse Verdächtigungen zu finden sind, welche sich gegen die Anstalten, die Leiter und die Ärzte derselben richten. Dabei handelt es sich nicht nur um Privatanstalten, sondern auch um öffentliche. Während bisher demgegenüber beliebt war, solche Schmähungen zu ignorieren, ist man jetzt fast allgemein der Ansicht, daß dies nicht der richtige Weg ist, um so mehr, da noch vielfach hinzukam, daß versucht wurde, durch Klagen auf Entschädigung die Ärzte für angebliche Freiheitsentziehung haftbar zu machen. Auch in anderer Weise suchte man auf gerichtlichem Wege Einfluß auf die Anstalten zu gewinnen. Klassische Beispiele dafür sind von dem bekannten Psychiater Leppmann in einem Vortrag, den er in der Berliner medizinischen Gesellschaft hielt, gegeben worden. Auf Grund dieser neueren Erfahrungen hält Leppmann die Schaffung eines deutschen Irrengesetzes für dringend erforderlich. Es muß dieses die Rechte und Pflichten der Ärzte im einzelnen festlegen. Auch viele andere Irrenärzte haben sich in ähnlicher Weise geäußert, wenn auch nicht verschwiegen werden soll, daß der Vorschlag selbst von manch kompetenter Seite Widerspruch erfährt. Die Gegner eines Gesetzes befürchten vielleicht mit Recht, daß das Gesetz kein gutes werden wird; lieber aber der jetzige Zustand, als ein schlechtes Gesetz. An Angriffen wird es ja auch nach Erlaß eines Gesetzes nicht fehlen. Einen Vorteil würde es aber wahrscheinlich den Ärzten bringen, daß sie nämlich gegen Vermögensschädigungen geschützt sind, denn die Ärzte werden sich aus eigenem Interesse hüten, ihre Kompetenzen um ein Deut zu überschreiten. Sind diese dermaleinst genau umschrieben, so ist der Irrenarzt gegen viele Belästigungen zweifellos geschützt. Leider hat unsere Gesetzgebungsmaschine zurzeit so viele andere Materien zu bearbeiten, daß einstweilen auf eine Änderung der bisherigen Verhältnisse nicht zu rechnen ist.

Irrenpflege im allgemeinen. Anstaltswesen.

Schlöß (245) hat den neuen Regierungsentwurf zu einem österreichischen Irrenfürsorgegesetz einer eingehenden und objektiven Betrachtung unterzogen. Er kommt zu dem Resultat, daß der Entwurf in geänderter Fassung eine allseits befriedigende Form gewinnen könnte. Lebhaft begrüßt werden die Bestimmungen, welche die außerhalb der Anstalt lebenden Geisteskranken vor ungerechtfertigter Freiheitsbeschränkung und vor unwürdiger Behandlung schützen, anderenteils auch die Allgemeinheit vor gemeingefährlichen Handlungen von Geisteskranken, die in der Freiheit leben. Begrüßt wird auch, daß die Gemeinden zur Überwachung der Pflege derjenigen Geisteskranken, welche aus irgendeinem Grunde in keiner Anstalt untergebracht sind, verpflichtet werden, und daß die obligatorische Teilnahme der Landesinspektoren und ihrer Hilfsorgane an der Überwachung der Gemeinden bezüglich des Pflichtenkreises in dem Entwurf verlangt wird. Dagegen wird getadelt, daß dem Wirkungskreis der Irreninspektoren — einer neu zu schaffenden Beamtenkategorie — zu weite Grenzen zugewiesen sind. Eine Prüfung des Geisteszustandes der in den Anstalten untergebrachten Kranken sollte ihnen nicht zukommen. Die im Entwurf enthaltenen Bestimmungen über die Versetzung Geisteskranker von einer Anstalt in die Familienpflege und umgekehrt gehören in die interne Dienstsphäre der Anstaltsleiter, sie sollten am besten aus dem Gesetz eliminiert werden. Nicht zufrieden ist Verf., daß die Bestellung der leitenden Anstaltsärzte nicht den Landesbehörden ungeschmälert vorbehalten bleiben soll. Auch hält er die bestehenden Bestimmungen über Neubauten und bauliche Um-

gestaltungen für ausreichend. Für wünschenswert hält Verf. Bestimmungen bezüglich der dem Staate obliegenden Errichtung und Erhaltung von Anstalten für irre Verbrecher und verbrecherische Irre sowie für kriminelle Minderwertige, die als unzurechnungsfähig erklärt werden, weiterhin Bestimmungen, welche den Geisteskranken vom Tage ihrer Aufnahme in die Anstalt ab Rechts- und Besitzschutz bieten. Vermißt wird eine Vorsorge für die aus der Anstalt entlassenen Geisteskranken durch Schaffung von Irrenfürsorgevereinen.

Der **Jahresbericht** (135) über die Münchener Psychiatrische Klinik gibt nicht nur eine Übersicht über die Krankenbewegung und die Geschichte der Klinik, sondern er bringt eine große Zahl wissenschaftlicher Arbeiten über die verschiedenen Krankheitsgruppen, welche zur Aufnahme gelangten. An der Veröffentlichung sind die Mitarbeiter der Klinik beteiligt. Allgemeineres Interesse erweckende Krankheitsgeschichten werden ausführlich wiedergegeben. Als besondere Seltenheit sei hier nur ein Fall von Benzindelir erwähnt. Es handelte sich um einen Vorarbeiter einer Handschuhfabrik, der unter dem Einfluß von Angstvorstellungen und Sinnestäuschungen einen Selbstmordversuch gemacht hatte. Patient wurde nach 8tägiger klinischer Behandlung ruhiger, so daß er von der Ehefrau wieder aus der Klinik abgeholt wurde. Bei einer 14 Tage später erfolgenden Vorstellung war Patient völlig frei, geordnet und einsichtig für die Natur seiner Verstimmung.

Albrecht (2) bespricht die bestehenden Einrichtungen betreffend die Kranksinnigenfürsorge der österreich-ungarischen Armee im Felde. Er hält an Neuerungen für erforderlich: Dotierung der vorderen Linien mit dem geeigneten Materiale, Aufstellung von Kranksinnigen-Transportabteilungen mit Kranksinnigenautomobilen, wenn möglich durch freiwillige Sanitätspflege, Heranziehung der zivilen Heilanstalten zur sofortigen Unterbringung der Geisteskranken, Erweiterung dieser Heilanstalten durch seitens der Militärbehörde zu errichtende Baracken, eventuell Errichtung von Sammelstellen, Vorsorgen in festen Plätzen für die Belagerungszeit.

Beyer (29) verwirft gegenüber den Presseangriffen das stete Ignorieren. Er wünscht, daß in den betreffenden Fällen diese von einer Kommission geprüft werden und das Material durch die Presse veröffentlicht wird. Verf. hält es dabei für notwendig, daß aus der Krankheitsgeschichte so viel mitgeteilt wird, wie erforderlich ist, um auch dem Publikum das Vorliegen einer Geisteskrankheit erkenntlich zu machen. Ein derartiges Vorgehen kann nicht als ein ungesetzliches erachtet werden.

Dobrick (74) verlangt weitergehende Prophylaxe gegen die Entstehung von Geisteskrankheiten durch den Staat. Dieser soll Vorsorge treffen, daß Alkoholisten und Syphilitikern die Kindererzeugung verboten wird. Verf. hofft, daß sich unter unserer staatsmännischen Elite Köpfe finden, die solche Ideen in brauchbare Formen gießen können(!?).

Damaye (57) fordert die Einrichtung von Sonderabteilungen für akute und heilbare Geisteskranke an den allgemeinen Krankenhäusern bzw. von eigenen Anstalten in dicht bevölkerten Gegenden. Diesen Anstalten haben alle modernen Hilfsmittel der Therapie zur Verfügung zu stehen. Es würde so eine große Zahl von Fällen davor behütet werden, chronisch zu werden.

Leppmann (171) weist auf die Angriffe hin, welche in letzter Zeit besonders Leiter und Besitzer von Privatirrenanstalten zu erdulden hatten. Er zeigt an einigen Beispielen, wohin man gelangt, wenn der den Geisteskranken gewährte Rechtsschutz überspannt wird. Um derartige Schädigungen zu verhüten, stellt Verf. die Forderung auf, daß ein Irrengesetz geschaffen



wird, welches die Anstaltsunterbringung Kranker und insbesondere die Pflichten und Rechte der Anstaltsleiter bis ins kleinste regelt. Ferner hält Verf. eine Ergänzung unserer bürgerlichen Gesetzgebung über die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit Erkrankter in der Weise für erforderlich, daß die jetzt noch möglichen Schädigungen Kranker und Belästigungen Gesunder vermieden werden.

Mönckemöller (196) bringt eine interessante Skizze über die praktische Handhabung der Psychiatrie im 18. Jahrhundert. Benützt sind dazu die Personalakten des Zucht- und Tollhauses zu Celle. Wenn auch einige Ähnlichkeiten mit der Jetztzeit in bezug auf die Behandlung vor der Überführung der Kranken in eine Anstalt nicht zu verkennen sind, darf man doch im ganzen mit Genugtuung bekennen, daß wir mindestens etwas vorgeschrittener sind als jene gute alte Zeit.

Klinke (155) erörtert die Arbeitsgelegenheiten in den Irrenanstalten. Er empfiehlt folgende Arbeiten: Weberei, Anfertigung von Pantoffeln und weichen Schuhen, Flechten von Körben (Nutzkörbe aus Weiden, Spankörbe, Zierkörbe aus Peddigrohr), Fabrikation von Strohdecken, Strohmatten, Strohhülsen, von Lederteppichen aus Lederabfällen, von Holzmatten, Fertigung von Kokosläufern, Bürstenmacherei, Fabrikation von Zigarrenspitzen aus Papier, von Düten, Kuverts, Etikettes, von Kartons, von Wichseschachteln, Säckenähen, Stuhlflechten, Anfertigung sogenannter Haussegen (von Glas), Buchbinderarbeiten, Fertigung von Korbmöbeln, Holzmöbeln für Garten und Zimmer, Kistenanfertigung, Nistkästenfabrikation, Leiterarbeiten, schließlich auch Seidenraupenzucht und Forellenzucht. Für die weiblichen Kranken, soweit sie nicht auch wie die männlichen Kranken durch die laufenden Arbeiten in Feld, Garten und Wirtschaft in Anspruch genommen sind, kämen in Betracht: neben Weberei aller Art feine Handarbeiten, Smyrnateppichknüpfarbeit, Klöppeln, Stickereien, Häkelarbeiten, Makramé, Batik, Bemalen von Weidenkörbchen und Spanschachteln.

Moses (199) gibt einen Überblick über die Fürsorge, welche den Geisteskranken, Schwachsinnigen, Trinkern, Epileptikern, Blinden und Taubstummen, endlich den Krüppeln zuteil wird. Dabei berücksichtigt er insbesondere das Großherzogtum Baden.

Clemens (46) bringt eine kurze Beschreibung des neuen Bodelschwinghhauses der Alsterdorfer Anstalten mit mehreren Illustrationen. Es sei hier nur die praktische Rampenanlage erwähnt, die es für die zum großen Teil mit Gehgebrechen behafteten Kranken ermöglicht, ohne eine Stufe zu überschreiten auf völlig ebenem Wege von der I. Etage in die Kellerräume zu gelangen. Auch können so Kranke, die im Wagen gefahren werden müssen, leicht von jedem Raum in einen andern transportiert werden.

Dobrick (75) erklärt das allgemein vorhandene odium psychiatricum durch den Mangel der Erfolge. Hiermit kontrastiert, daß die Psychiatrie in die höchst bewerteten Rechte der Persönlichkeit, der Makellosigkeit und der persönlichen Freiheit, eingreift. Verf. glaubt mit einer großzügigen Reform der wissenschaftlichen Forschung weiter zu kommen, indem ein großes Zentral-Forschungsinstitut mit ausgesprochener therapeutischer Tendenz geschaffen wird.

Weygandt (294) beschreibt den Bau, die Einrichtungen und den Betrieb einer Irrenanstalt in kurzer übersichtlicher Form. Man muß annehmen, daß, wenn bei einer Herstellung einer neuen Anstalt die Anleitungen des Verf. berücksichtigt werden, das bestmöglichste erreicht wird, was sich zurzeit erreichen ließe. Es kann an dieser Stelle über die Einzelheiten naturgemäß nicht referiert werden. Derjenige aber, welcher bei der Erbauung



einer neuen Anstalt beteiligt ist oder Neueinrichtungen in einer älteren Anstalt zu beantragen oder zu leiten hat, sei auf das Buch hingewiesen, da es über alle einschlägigen Fragen Aufklärung und Belehrung gibt.

Starlinger (263) fordert im Interesse der Geisteskranken, daß Irrenanstalten respektive Heil- und Pflegeanstalten als Krankenhäuser und Versorgungshäuser bezeichnet werden, daß bei Aufnahme, Betrieb und Entlassung den polizeilich-rechtlichen die medizinischen Gesichtspunkte vorangestellt werden und dabei die staatliche Kontrolle, die sich auf sanitätspolizeiliche und hygienische Aufsicht der Anstalten beschränkt, bleibt. Für den Fachmann bedarf es hinsichtlich der Berechtigung dieser Forderungen keines Beweises. Die Wichtigkeit und die Bedeutung dieser wird vom Verf. eingehend gewürdigt.

Alter (6) teilt die geschichtliche Entwicklung der 100 Jahre alten Anstalt Lindenhaus mit und nimmt dabei Gelegenheit, der edlen Stifterin der Anstalt, der Fürstin Pauline zu Lippe, einen Ruhmeskranz zu flechten. Es hat diese Fürstin bei der Gründung der Anstalt so verständige, weit vorschauende Ideen entwickelt, sie hat, erfüllt von dem Interesse, mit welchem sie ihr Werk entstehen ließ, so warmherzige und so vortreffliche Einrichtungen zugunsten der Kranken entstehen lassen, daß Verf. mit Recht sagen darf, diese Frau hat eine so großartige humanitäre Fürsorge angestrebt, daß ihre Ziele selbst durch die Leistungen unserer Zeit noch nicht erreicht worden sind. Daß die Anstalt den Anforderungen der neuen Zeit gefolgt ist, ist ja bekannt. Sie hat zurzeit eine Belegziffer von 375 Kranken. Eine Notiz aus der Geschichte der Anstalt sei hier noch erwähnt, nämlich daß im Jahre 1851 der damalige Direktor Meyer ganz systematisch für die unheilbaren ruhigen Kranken eine Fürsorge in Familienpflege anregte und einzurichten begann. Mangels Entgegenkommen der Behörden und der Bevölkerung mußten diese Versuche wieder abgebrochen werden.

Damaye (56) verlangt Erleichterung bei der Aufnahme akuter Fälle in die Anstalten, Trennung der heilbaren Fälle von den unheilbaren, insbesondere aber eine Station für Nervenkranke, die den Anstalten anzugliedern ist. Er erinnert dabei an die Salpêtrière, in welche Anstalt Fälle von Psychoneurose ohne Weiterung Aufnahme finden. Ein ähnliches Institut fehlt für das männliche Geschlecht und in der Provinz vollkommen für die Bedürftigen.

Drysdale (80) stellt Forderungen im Interesse der Geisteskranken auf, die den modernen Bestrebungen entsprechen, und denen auch an manchen Orten bereits voll Genüge geleistet wird. Die Anstalt soll ein Krankenhaus mit allen hygienischen und therapeutischen Hilfsmitteln sein; die ärztliche Tätigkeit soll sich der Prophylaxe annehmen, sie soll aber auch über die Entlassung des Kranken aus der Anstalt hinaus wirken usw. usw.

Lechner (166) gibt eine Beschreibung der in den Jahren 1900—1901 bzw. 1902—1903 erbauten Klinik. Ursprünglich auf 160 Betten berechnet, wurde die Anlage bald auf 260 vermehrt. 30 sind für Nervenkranke, 230 für Geisteskranke bestimmt. Die Kosten eines Bettes kamen auf 4810 Mark zu stehen. Die Einrichtungen der Klinik sind im einzelnen genauer beschrieben, und eine Zahl von Illustrationen und Zeichnungen erläutert das Gesagte. Offenbar hat man die Errungenschaften, welche moderne Technik und Hygiene geschaffen hat, verwertet und so für die Kranken eine Stätte errichtet, die geeignet sein kann, ihnen den Aufenthalt angenehm zu gestalten und sie zur Genesung zu führen.

Segard (255) beschreibt die argentinische Anstalt Sujan, die in ganz moderner Weise eingerichtet ist und gute Erfolge mit der kolonialen Ver-

pflegung der Kranken erzielt hat. In 10 Jahren hatte die Anstalt 2000 Aufnahmen, davon führten ungefähr 20 % zur Heilung, 18 % zur Besserung, 3 % zum Tode. 12 % entwichen.

Fischer (91) ergänzt im vorliegenden seine früheren Statistiken über das badische Irrenwesen. Es hat sich seit dem Jahre 1830 bis zum Jahre 1910 die Landesbevölkerung um 78 %, die Anstaltsbevölkerung um 1396 % gehoben. 1870 hatten die Anstalten 464 jährliche Aufnahmen, 1910 2771. Die Ausgaben für das gesamte Irrenwesen sind in diesen 40 Jahren um das 17,7 fache gestiegen (von 132 700 Mark auf 2 345 800 Mark). Die vielen Zahlen werden durch eine Kurventafel veranschaulicht.

Der Überblick der holländischen Anstaltsbewegung von **Schuurmans Stekhoven** (252) enthält ausführliche Tabellen. Die üblichen Angaben werden für jede Anstalt besonders mitgeteilt.

In den sämtlichen Anstalten waren am 1. Januar 1910 zusammen 11 746 Geisteskranke; aufgenommen wurden 2760 exklusive der Versetzungen; davon 926 aus Krankenhäusern u. dgl., 123 aus Gefängnissen und verwandten Anstalten.

Entlassen wurden als nicht geisteskrank 16, geheilt 852, ungeheilt 296, gestorben 964 Kranke.

Gesamtbevölkerung am 31. Dezember 1910 12 392; davon 264 zeitweilig abwesend; 11 979 in den Anstalten, 149 in der annexen Familienpflege.

Bei 40 % der in der ersten Hälfte von 1909 Aufgenommenen betrug die Pflegedauer weniger als ein Jahr, und zwar in $^1/_4$ der Fälle durch Tod, in $^3/_4$ durch Entlassung. Die Todesfälle der letzten Rubrik gehörten für mehr als die Hälfte zu den Gruppen Dementia senilis und Dementia paralytica; von den innerhalb Jahresfrist Entlassenen gehörten $^2/_3$ zu den Gruppen Mania, Melancholia, Insania periodica, Paranoia, Insania neurotica und Amentia.

Den Tabellen sind lateinische Übersetzungen beigegeben, so daß auch der Ausländer sie benutzen kann. (*Stärcke.*)

Berendt (22) hat im Orient einige Irrenanstalten besucht, in welchen die Kranken noch an Ketten liegen und mit Wasser und Brot verpflegt werden. Er wendet sich nun an die Öffentlichkeit, um wenigstens in Palästina durch Erbauung einer zeitgemäßen Irrenanstalt eine Besserung dieser Verhältnisse zu erzielen. In seinem Vorhaben hat Verf. die Unterstützung vieler Notabeln Jerusalems gefunden.

Moeli (195) bespricht in seinem Vortrag vom allgemeinen Gesichtspunkt aus das ärztliche Vorgehen und Handeln bei psychischen Anomalien; insbesondere wird dabei der Prophylaxe gedacht. In einem kurzen Referat die mannigfachen nützlichen Winke wiederzugeben ist unmöglich; der Interessent sei deshalb nur auf die Originalarbeit hingewiesen.

Camerer (41) schildert die Fortschritte, welche die Irrenfürsorge in den letzten 30 Jahren in Württemberg gemacht hat. Wenn auch anzuerkennen ist, daß der Staat durch seine bisherigen Aufwendungen bewiesen hat, wie sehr ihm die Irrenfürsorge am Herzen liegt, so ist doch anderseits ersichtlich, daß auch in diesem Lande wie in vielen anderen die aufgewendeten Mittel die Bedürfnisse nicht vollkommen befriedigen. Durch Belegung von Privatirrenanstalten mit Staatspfleglingen ist der Überfüllung der Staatsanstalten indes vorgebeugt. Ferner werden nicht mehr unbedingt irrenanstaltsbedürftige Kranke in die Landarmen- oder sonstigen Anstalten, welche ebenfalls regelmäßigen Visitationen unterzogen werden, überwiesen. Anerkannt steht endlich auch die Wirksamkeit des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke da, der manchem Kranken den Wiedereintritt in freie Verhältnisse und die Wiederaufnahme der Arbeit erleichtert hat.



Weygandt (292) wendet sich gegen eine Bemerkung in einem Studienreisebericht, in welchem die Anstalt in Friedrichsberg als alt, überbelegt, wenig zweckmäßig in der Anlage bezeichnet wird. Die Anstalt, welche seit 1864 besteht, war zu jener Zeit hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit eine ganz hervorragende Leistung. Deshalb hat man die Anstalt neuerdings nicht verlegt, sondern man will bei der unumgänglichen Reorganisation den größten Teil der alten Bauten noch auf Jahrzehnte hinaus verwenden. In dem Betriebe selber herrscht aber durchaus moderne Behandlungsweise.

Keller (148) teilt mit, daß die Anstalt für Schwachsinnige in Brejning die Insel Livö im Limfjord erworben hat, um dort eine Filiale zu errichten. Vorläufig wird Raum für 40 Mann vorhanden sein, welche auf zwei Pavillone zu je 20 verteilt werden. Der Zugang wird nur durch die Brejninger Anstalt vermittelt, die auch diejenigen Männer wieder aufnimmt, welche sich als für das Leben in der kleinen Insel-Gesellschaft ungeeignet erweisen. Nur solche schwachsinnigen Männer werden auf der Insel untergebracht werden, deren Trieb zum Verbrechen und oft zum Vagabundieren so stark ist, daß sie in dem Rahmen der gewöhnlichen Anstalt nicht einigermaßen frei und nützlich leben können, sondern aus Gründen der Sicherheit in der Zelle oder geschlossenen Abteilung isoliert werden müssen. Notwendig ist ein zuverlässiges, gut geschultes und wachsames Aufsichtspersonal. Auf der Insel sind nur Personen, welche im Dienste der Anstalt stehen.

von Deventer (70) führt aus, daß ein geringer Prozentsatz der Irrsinnigen für das gewöhnliche Anstaltsregime nicht zu passen und wegen seiner gefährlichen und schädlichen Eigenschaften auf seine Umgebung einen ungünstigen Einfluß auszuüben scheint. Eine Anhäufung derartiger Elemente in einem beschränkten Raume bringt große Schwierigkeiten mit sich. Eine besondere Anstalt ist trotz der günstigen Resultate, die darin erzielt wurden, nicht empfehlenswert. Der rechte Platz für die Pflege derartiger Kranker ist eine mit einer kompletten Irrenanstalt verbundene Sonderabteilung. Für die Observation der zweifelhaften Fälle von Irrsinn und für die Pflege der akuten Fälle von Irrsinn unter der Gefängnisbevölkerung ist ein Gefängnisannex die rechte Anstalt. Ein großer Prozentsatz der gefährlichen und schädlichen Irrsinnigen gehört zu den psychisch Minderwertigen; für diese ist die Pflege in einer Zwischenanstalt, welche den Charakter eines Arbeitssanatoriums trägt, zweckmäßig. Dem Leben des Kindes muß von Anfang an die rechte Richtung gegeben und sein soziales Anpassungsvermögen entwickelt werden. Darum ist methodische Untersuchung der heranwachsenden Jugend notwendig. Die anomale und verwahrloste Jugend erfordert eine spezielle Pflege, besonders gilt dies für Kinder, die gefährliche und schädliche Eigenschaften zeigen, für die mit kriminogenen Anlagen.

Hagemann (110) erblickt in den Ruhrerkrankungen dieses Jahres eine direkte Fortsetzung und Weiterentwicklung der seit 1907 im Städtel Leubus nistenden Seuche, eine Weiterentwicklung und Progression wegen der allmählich immer mehr zunehmenden Zahl der Dauerausscheider, speziell der heimlichen paroxysmal exzernierenden. Der wachsenden Hydra in Gestalt der Ausscheider kann mit Erfolg durch peinliche bakteriologische Untersuchung entgegengetreten werden. Verf. verlangt dazu, daß jeder diarrhöischer Stuhl, auch wenn der Fall klinisch durchaus unverdächtig erscheint, sofort untersucht, und für den Fall, daß Ruhrbazillen gefunden werden, der Patient selbst so lange wie notwendig und seine Umgebung wenigstens auch für mehrere Tage in Kontrolle genommen wird, während die allgemeinen Durchsuchungen ohne nennenswerten Erfolg geblieben sind. Allerdings, schließt Verf., wird vielleicht nicht darauf verzichtet werden können, die allzu ge-



fährlichen, immer wieder von neuem und in kürzeren Zeitabständen ausstreuenden Kranken, welche namentlich unter den Paralytikern zu suchen sein dürften, dauernd zu isolieren.

Perdeau (213) teilt seine Beobachtungen bei einer Dysenterieepidemie im Devon Stadtasyl mit. Es traten 142 Erkrankungen innerhalb von 12 Monaten auf. In den Wintermonaten nahm die Zahl der Dysenteriefälle auffallend zu. Besonders die elenden, herabgekommenen Patienten erkrankten. Die Fälle von Imbezillität und Demenz waren mit 71 % der Erkrankungs- und 72 % der Todesfälle beteiligt. Patienten mit Depressionszuständen schienen der Erkrankung gegenüber resistenter zu sein.

(*Bendix.*)

Sauermann (240) gibt einen kurzen Bericht über Erfahrungen, welche er gelegentlich eines Besuches von 7 englischen größeren Irrenanstalten gesammelt hat. Verf. bringt insbesondere einige Einzelheiten, welche ihm im gewissen Gegensatz zu deutschen Verhältnissen in die Augen fielen. Der Leser gewinnt den Eindruck, daß dem Verf. im großen ganzen die englischen Anstalten nicht besonders imponierten, jedenfalls betont er selber, daß wir den Engländern im allgemeinen nicht nachstehen.

Schob (248) erörtert die Frage, ob die bereits überall bestehenden Siechenanstalten zur Entlastung der überfüllten Irrenanstalten dienen können. Er kommt zu dem betrüblichen Resultat, daß die meisten Siechenanstalten infolge ihrer mangelhaften Organisation, infolge ganz mangelhafter Versorgung mit Ärzten und Pflegepersonal, infolge ihrer mangelhaften Ausstattung zurzeit nicht geeignet sind, als Krankenanstalten zu dienen. Nur wenige Siechenanstalten werden den zu stellenden Ansprüchen gerecht, unter den großstädtischen Stuttgart, Frankfurt a. M., Dresden. Der weitere Ausbau der Siechenanstalt ist notwendig und praktisch bedeutungsvoll. Die Hebung dieser Anstalten würde eine günstige Rückwirkung auf den Aufwand für Krankenhäuser und Irrenanstalten haben, da die Kosten für die Insassen der Siechenhäuser sich geringer stellen, als die für die Insassen der Krankenhäuser und Irrenanstalten. Dabei geht Schob von dem Gesichtspunkt aus, daß die große Mehrzahl der geistig Siechen, insbesondere aller weiter vorgeschrittenen Verblödungszustände, soweit sie überhaupt in Siechenanstalten behalten werden können, dort gepflegt werden können.

Pándy (209) hatte in seiner Anstalt Lipótmezö 92 Fluchtversuche innerhalb 4 Jahren bei einer Durchschnittsbelegung von 500 Insassen auf der Männerabteilung. Von diesen 92 waren nur 11 durchdacht und gelungen. Die größte Zahl der Entfernungen ohne Erlaubnis fiel in die Monate März und April und die Sommermonate. Verf. betrachtet in Übereinstimmung mit dem Jahresbericht für 1899 über das ungarische Irrenwesen die Entweichungen als eine harmlose Sache. Um den Preis von ein oder zwei Fluchtversuchen genießen Tausende und Abertausende die moralischen und hygienischen Vorteile der freien Bewegung. Die hierzu geeigneten Kranken besitzen vollständige Bewegungsfreiheit innerhalb der Anstalten. Trotzdem ist die Zahl der Entweichungen und gewalttätigen Handlungen nicht nur nicht im Wachsen begriffen, sondern sie bleibt hinter der bei zuchthausmäßigen, strenge abschließenden Maßnahmen zurück.

Stier (264) berichtet über die Maßnahmen, welche seitens der Heeresverwaltung zur Vorbereitung einer sachgemäßen Behandlung der Geisteskranken im Kriege getroffen sind. Vorrätig sind bestimmte Arzneien zu halten, wie Hyoszin, Veronal und Trional. An Vorräten in den Güterdepots sind Wannen für Dauerbäder, Kastenbetten, unzerreißbare Schuhe und Anzüge vorgesehen. Auch in bezug auf das Wartepersonal sind be-



stimmte Vorschriften erlassen. Nicht vorgesehen ist bisher eine Beschaffung von Eisenbahnwagen zum Heimtransport. Zu wünschen bleibt ferner, daß auch die freiwillige Krankenpflege Ärzte und Pfleger, die in der Irrenbehandlung bzw. Pflege erfahren sind, schon im Frieden in ihren Listen kennzeichnet und bzw. Pfleger besonders ausbildet. Letztere kämen namentlich als Begleittruppe beim Heimtransport in Betracht.

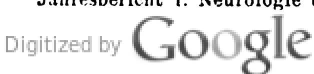
Becker (17) gibt eine kleine Auslese von gewaltsamen Todesarten, wie sie in den Irrenanstalten vorkommen. Zunächst berührt er die Unglücksfälle, welche bei der heutigen Ausdehnung der Arbeitstherapie trotz aller Vorsicht ebenso wie beim freien Arbeiter vorkommen. Zum Artikel Selbstmord geht Verf. auf einen Bericht der Anstalt G. ein, der 25 Jahre überblickt. Es kamen 25 Selbstmorde vor; die Mehrzahl geschah durch Erhängen. Recht selten kommt Totschlag eines Patienten durch einen Mitpatienten vor. 2 Einzelfälle werden in dieser Hinsicht erwähnt: „Es bleibt indes die Zahl der in den Anstalten gewaltsam ums Leben Kommenden weitaus zurück hinter der in der Freiheit in Geistesumnachtung eines unnatürlichen Todes Sterbenden, so daß man erst recht jeden Selbstmordverdächtigen und jeden wegen Geistesschwäche draußen Gefährdeten baldmöglichst der Anstalt zuführen soll, wo wenigstens die Möglichkeit eines gewaltsamen Todes auf ein Minimum reduziert ist."

Prosoroff (222) hat 200 Suizidia in russischen Irrenhäusern bearbeitet. Die Mehrzahl bilden Männer. Durch Strangulation nahmen sich 74 das Leben, durch Stichwunden 15, Schußwunden 4, Vergiftungen 9, Sturz aus der Höhe 24, durch Brandwunden 27, Erstickung infolge Verschlucken kompakter Speisestücke 42, Kopftrauma 5. 11 warfen sich unter den Eisenbahnzug, 27 ertränkten sich.

Verf. verwirft die Isolierungsräume. Schon bei der Wahl des Ortes und des Planes des Irrenhauses soll an Suizidmöglichkeiten gedacht werden. Neben dem niederen Personal fällt ein großer Teil der Verantwortlichkeit auf den Arzt. (*Kron.*)

Dobrick (72) vermeint, daß die Provinzialirrenanstalten mit ihren Einrichtungen und ihre Ärzte mit ihrer Vorbildung und den ihnen zu Gebote stehenden Hilfsmitteln nicht in der Lage sind, bei dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie Erfolgreiches in wissenschaftlicher Forschertätigkeit zu leisten. Er regt daher die Schaffung eines Zentralinstituts für die psychiatrische Forschung an, das einer Klinik oder einer Irrenanstalt mit stark fluktuierendem Krankenmaterial am zweckmäßigsten in einer Großstadt anzugliedern wäre. Die Hauptaufgabe wäre die Schaffung einer rationellen Therapie. Ein verwandter Vorschlag ist von Sommer gemacht, welcher die Gründung einer psychiatrischen Abteilung am Reichsgesundheitsamt fordert.

Hrase (126) gibt einen kurzen Abriß über die Geschichte der Irrenpflege im Königreich Böhmen. Die letzte Etappe ist jetzt die bevorstehende Eröffnung der Anstalt Böhnitz, in welcher ungefähr 1500 Kranke untergebracht werden sollen. Die Anstalt ist nach dem Pavillonsystem erbaut. Für Tuberkulöse und für Infektionskranke ist ein besonderer Pavillon vorgesehen. Zur Aufnahme von Kranken mit erhöhten Ansprüchen auf Unterbringung und Verpflegung dient ein Pensionat mit 200 Betten. In jeder Richtung hat man Bedacht genommen, die Erfahrungen, welche in andern Anstalten gewonnen sind, zu verwerten. Mögen der liebenswürdigen Einladung, die der Verf. an die Interessenten am Schluß des Berichts richtet, recht viele Kollegen Folge leisten; es scheint nicht bezweifelt werden zu können, daß die Anstalt vor dem strengen kritischen Forum der Psychiater voll und ganz reüssiert.



Ladame (162) teilt seine Eindrücke mit, die er bei einem Besuch der Anstalt Uchtspringe empfangen hat. Von seinen Ausführungen erwähne ich hier nur, daß die Familienpflege sich bei den Rekonvaleszenten und bei den verbrecherischen Geisteskranken, für welche die Pflege gleichsam eine Quarantäne sein soll, um zu zeigen, daß man ihnen die Freiheit wieder gewähren kann, sowie bei den chronischen Fällen, die keiner Behandlung bedürfen, bewährt hat. Am wenigsten nützlich zeigte sich die Pflege dagegen bei den Epileptikern. Bei diesen war namentlich der Alkohol schädlich, vor dem sie in der Anstalt vollkommen geschützt sind.

Wilmanns (297) bespricht die Fischersche Statistik über die Irrenverhältnisse im Großherzogtum Baden. Im Anschluß daran erörtert er die Ursachen der Zunahme der Geisteskranken. Wahrscheinlich hat mit dem Anwachsen der großen Städte die Gefahr der luetischen Infektion und mit ihr auch die Paralyse an Verbreitung zugenommen. Ferner hat Verf., wie auch andere Autoren, den Eindruck, daß gewisse sogenannte Entartungszustände, die Neurasthenien, traumatischen Neurosen, das Zwangsirresein, die Phobien, die leichten Depressionszustände, erheblich nicht nur in ihrer Anstaltsbedürftigkeit, sondern auch absolut zugenommen haben. Das Anwachsen dieser Zustände ist, wenn auch nicht beweisbar, aber aus der Entwicklung der sozialen Verhältnisse begreiflich.

Návrat (200): Aus den vielen statistischen Nachrichten über die Anstalt Kremsier sei hier nur auf die minimal hohe erbliche Belastung, die bei den Neuaufgenommenen konstatiert wurde, sowie auf die Häufigkeit des Vorliegens von Alkoholmißbrauch hingewiesen. Bei 612 Aufnahmen wurde 256 mal erbliche Belastung konstatiert; Trunksucht beim Vater oder bei der Mutter 171 mal; Alkoholmißbrauch der Kranken selber 111 mal.

Klinke (154) tritt für die Ausbreitung und Neugründung der Hilfsvereine ein und erinnert insbesondere an die segensreiche Wirkung eines solchen Vereins im Großherzogtum Hessen. Verf. wünscht einen energischen Zusammenschluß aller derartigen Vereine, dadurch wird den Geisteskranken innerhalb und außerhalb der Anstalt geholfen, die Anstalten werden entlastet und die Kenntnisse über das Irrenwesen werden ausgebreitet und dadurch alte Vorurteile zerstört.

Fürsorge für Schwachbefähigte; Fürsorgeerziehung.

Weygandt (293) gibt eine Übersicht über die Darbietungen der Hygieneausstellung hinsichtlich der verschiedenen Richtungen der Jugendfürsorge. Auf das, was Verf. im einzelnen anführt, kann in einem Referat naturgemäß nicht eingegangen werden. Ref. hält aber die Schlußworte des Verf. für so beachtenswert, daß die wörtliche Wiedergabe derselben an dieser Stelle ihm angezeigt scheint. „Vielleicht ist keine andere Gelegenheit als ein Besuch dieser einzigartigen hygienischen Schaustellung so geeignet, die Grundlosigkeit der vordem in der Jugendfürsorge so oft laut gewordenen Schlachtrufe „Hie Arzt, hie Lehrer" erkennen zu lassen. Es handelt sich um ein so riesiges Arbeitsgebiet, daß von vornherein die Herrschaft eines einzelnen, und sei er auch mit geradezu genialer Veranlagung ausgestattet, völlig ausgeschlossen erscheinen muß. Weder der Arzt noch der Lehrer darf sich eine alles umschließende Kompetenz anmaßen, vielmehr werden nach beiden Richtungen hin wieder recht differente Kräfte auftreten müssen, um das große Arbeitsgebiet bewältigen zu können. Idioten- und Hilfsschullehrer sind keineswegs mehr identisch, dazu tritt der Blinden-, Taubstummen-, ja der Taubstumm-Blindenlehrer, der Turn- und Handfertigkeitslehrer, dann



die Helfer der ersten Kinderjahre, ferner die der Fürsorgeerziehung in weitem Umfange dienenden Personen; von einem einzigen Arzt kann niemals die Rede sein, vielmehr muß sich der Spezialist für Schwachsinnigenfürsorge oft genug speziellen Rat erholen beim Orthopäden, beim Augenarzt, beim Syphilidologen, beim Kinderarzt usw., auch die Hilfsschularzttätigkeit wird zu einem Sondergebiet. Nur wenn sich wirklich die tausend geschäftigen und berufenen Köpfe und Hände regen, kann die Aufgabe einer mit allen Hilfsmitteln arbeitenden, wahrhaft segensreichen Jugendfürsorge ihrer Lösung näher gebracht werden. Hierfür eine ausgezeichnete Aufklärung und unschätzbare Anregung geliefert zu haben, ist eins der großen Verdienste der Dresdener Internationalen Hygieneausstellung."

Schwenk (254) fordert, daß auch den aus den Anstalten entlassenen Schwachsinnigen für ihr ferneres Leben, falls gesetzliche Vertreter fehlen oder diese ihrer Pflicht nicht nachkommen, ein „Fürsorger" bestellt werde. Dieser soll den Erwerbsfähigen geeignete Plätze suchen und ihnen mit Rat und Tat an die Hand gehen. Ein wesentlicher Anteil der Fürsorge wird, wenn auch in erster Linie den Eltern bzw. den gesetzlichen Vertretern die Pflicht der Fürsorge obliegt, der Anstalt anheimfallen. Es müssen deshalb die Anstalten mit ihren ehemaligen Zöglingen in Verbindung bleiben.

Gallus (101) teilt mit, daß im Anschluß an die Potsdamer Provinzialanstalten ein Haus für psychopathische weibliche Fürsorgezöglinge eingeweiht wurde, das den Namen Helenenhof erhielt. Es ist bestimmt für defekte und abnorme Zöglinge, die durch ihr reizbares und heftiges Wesen, ihre Verschlagenheit, ihre antisozialen und verbrecherischen Neigungen, ihr renitentes und revoltierendes Verhalten sowohl die erzieherische Tätigkeit an den Erziehungsanstalten als auch die nachgiebige Behandlung an den Krankenanstalten mutwillig und herausfordernd stören. Für Knaben besteht bereits seit 1905 eine derartige Anstalt in Potsdam; sie hat bei 136 Zöglingen durch recht befriedigende Resultate ihre Existenzberechtigung bewiesen.

Major (182) rechnet nach seinen eigenen Erfahrungen mit einem Prozentsatz von fast 84% defekter Kinder unter den Fürsorgezöglingen. Die Erfolge, welche Verf. in seinem Heilerziehungsheim hatte, sprechen sich darin aus, daß von 118 psychisch defekten Kindern in bis 3jähriger Behandlung 82 als geheilt oder wesentlich gebessert bezeichnet werden konnten. Als Ding der Unmöglichkeit betrachtet Verf., defekte und normale Kinder in einer Anstalt vereinigt zu erziehen. Er verlangt eine Beobachtungsanstalt für Großstädte und Provinzen und kleinere Länder, daneben besondere Heilerziehungsheime für anormale Kinder.

Philippe und **Paul-Boncour** (214): Aus der gemeinsamen Arbeit des erfahrenen Lehrers und des Psychiaters ist ein Buch entstanden, das klar, ausführlich und belehrend die Grundsätze entwickelt, welche bei der Erziehung des abnormen Kindes maßgebend sein müssen. Dabei wird immer wieder betont, daß die Erforschung der Seele jedes einzelnen Kindes notwendig ist, daß nicht schematisiert werden darf, sondern gerade bei den von der Norm abweichenden Kindern individualisiert werden muß. Bei dem Umfang des vorliegenden Werkes kann hier auf Einzelheiten nicht eingegangen werden. Möge die Arbeit der Verff. dazu beitragen, daß sich ihr Schlußwort bestätigt: Man antworte denen, die über die große Zahl abnormer Kinder klagen, daß es deren weniger geben wird, wenn man verstehen wird, sich, wie es notwendig ist, mit den schlechten Schülern zu beschäftigen, die noch nicht abnorm sind.

Lay (165) hat die Frage zu lösen gesucht, welchen Einfluß die Tageszeit auf das Lernen und Behalten ausübt. Zu diesem Zwecke ließ er die-



selben Personen inhaltslose Wörter am Morgen und am Abend memorieren und sie nach 12 bzw. 24 Stunden reproduzieren. Es ergab sich gleichmäßig das überraschende Resultat, daß das Abendlernen das Morgenlernen um rund das Doppelte übertraf. Verf. erklärt dies damit, daß am Tage Eindrücke und andere Erlebnisse im bunten Durcheinander sich drängen und folgen und dadurch die vorangegangenen mehr oder weniger geschwächt oder ausgelöscht werden, während in der Nacht bei der Ausschaltung äußerer Eindrücke die psychischen Erscheinungen perseverieren und sich festigen und manche Vorstellungen unbewußt weiter arbeiten.

Warmuth (286) tritt dafür ein, daß die Leitung der Anstalten und Schulen für Geistesschwache Pädagogen zu übertragen ist. Allerdings verlangt er hinreichende Vorbildung und empfiehlt zu diesem Zweck den Staatsregierungen, durch besondere Kurse für die Fachausbildung der Heilpädagogen Sorge zu tragen.

Schnitzer (247) ist von der Pommerschen Provinzialverwaltung beauftragt, jeden Fürsorgezögling, der in die Erziehungsanstalten Züllchow, Warsow und Magdalenenstift bei Stettin aufgenommen wird, psychiatrisch zu untersuchen, zu beobachten und gegebenenfalls auch zu behandeln. Über das Ergebnis einer jeden Untersuchung ist ein kurzes Gutachten zu erstatten. die Anstalten sind regelmäßig wöchentlich einmal zu besuchen und die Lehrer und Erzieher der Anstalten über die Grundlagen, Erscheinungen und Behandlung der abnormen Seelenzustände zu unterweisen. Verf. schildert die Art und den Gang der Untersuchung und gibt ein Resumé über das Ergebnis der Untersuchungen. Es waren von 78 Zöglingen 44 mit krankhaften Störungen belastet, so daß also 62,8% psychisch abnorm waren. 38 Zöglinge waren hereditär belastet, 66 waren Kriminelle. Am Schluß spricht Verf. den Wunsch aus, daß ein Haus für psychisch abnorme Zöglinge ersteht.

Major (183) verlangt, daß der Staat auch für die psychopathischen Kinder der minderbemittelten Stände, welche neben starker Willens- und Urteilsschwäche Stimmungsschwankungen und völlig wilde Affekte und Triebe zeigen, durch Errichtung von Heilpädagogien sorge. Verf. spricht die Ansicht aus, daß in demselben Maße wie die Heilpädagogien zunehmen, die geschlossenen Anstalten und Gefängnisse sich verringern.

Fürstenheim (100) stellt die Forderung auf, daß das Fürsorgegesetz in folgender Weise ergänzt werde, daß nämlich die Voraussetzungen der Fürsorgeerziehung fernerhin gegeben sind bei Kindern und Jugendlichen, bei denen infolge ihrer geistigen Schwächlichkeit oder Kränklichkeit die häuslichen Verhältnisse zur Verhütung der Verwahrlosung nicht ausreichend erscheinen. Die unmittelbare Wirkung dieser Bestimmung würde eine allgemeinere Inanspruchnahme des Psychiaters sein, welcher über das Vorliegen geistiger Kränklichkeit oder Schwächlichkeit zu urteilen hätte. Segensreich würde die Bestimmung ferner wirken, indem sie das Gesetz nach einer längst geforderten Richtung hin erweitert, indem sie der Fürsorgeerziehung mehr und mehr den Charakter der Strafe nimmt und endlich, indem sie den Ärzten die Möglichkeit gibt, rechtzeitig drohendem Unheil zu steuern.

Wehle (288) gibt einen Beitrag zur Ausbildung der schwerhörigen schwachsinnigen Kinder. Da er vorwiegend pädagogisches Interesse hat, kann von einem Bericht über diesen Artikel hier abgesehen werden.

Als Vorübungen werden von **Wehle** (289) empfohlen und deutlich erläutert: Übungen zur Gewöhnung an äußere Ordnung, Handgelenkübungen, Malen und Sprachübungen. -- Originell sind die malenden Vorübungen zum Schreiben. Verfasser hat die gewöhnliche Schreibschrift in ihre Elemente



zerlegt und diese als allereinfachste Bildchen bekannter oder doch den Kindern leicht bekannt zu machender Gegenstände der Umwelt verwertet. Der betreffende Gegenstand dient zunächst als Objekt des Anschauungsunterrichtes, wird gezeigt, besprochen, begriffen mit Händen und Sinnen und sein natürlicher Gebrauch von den Kindern möglichst selbst geübt oder doch gezeigt. In den Bildchen davon malt und übt dann das Kind die Teile der Schreibschrift in der Zugrichtung der letzteren. So werden die Hauptschwierigkeiten des Schreibens und auch des Lesens vorausgenommen, ehe das Kind einen Buchstaben zu sehen bekommt.

Bei den Sprechübungen wird natürlich die Lage der Sprechwerkzeuge, soweit möglich, gezeigt und ebenfalls durch höchst einfache Bildchen dargestellt, so daß eine anschauliche phonetische Schrift entsteht, die so einfach ist, daß selbst die schwachsinnigen Kinder sie leichter schreiben und lesen lernen, als die Buchstabenschrift. Auch bei letzterer werden die Hauptunterschiede der Aussprache, z. B. das „ch“ durch einfache Formabweichungen veranschaulicht und auch durch gleichzeitige Handgebärden dargestellt.

Die Arbeiten gehen aus langjähriger Praxis hervor und darauf aus, den Unterricht sinnlich zu gestalten, wie es die Natur des schwachsinnigen Kindes erfordert. (*Autoreferat.*)

Behandlung durch Bäder.

Frotscher und **Becker** (98) kommen auf Grund einer Reihe von Versuchen zu dem Resultat, daß Ozetbäder eine gewisse Wirkung in der Milderung von Erregungszuständen haben. Ferner stellen sie ein neues mildes Hilfsmittel dar, um bei leichten Erregungszuständen eine wünschenswerte Nachtruhe zu erzielen. Es scheinen nur solche Fälle geeignet, bei denen etwa 2 g Paraldehyd oder höchstens in Ausnahmefällen 2 g Chloralhydrat genügen. Endlich finden die Bäder bei psychisch erkrankten Herzleidenden Verwendung, auch in solchen Fällen, wo es zweifelhaft erscheint, ob die motorische Unruhe auf einer Herzbeklemmung beruht oder mehr psychisch bedingt ist.

Groß (107) äußert sich über die Frage der Isolierung, der Bäderbehandlung sowie der Anwendung hydropathischer Einwicklungen bei Geisteskranken. Die Absonderung soll in erster Linie im eigenen Interesse der Kranken geschehen; dabei soll ärztliche Überwachung und Behandlung scharf und sorgfältig aufrecht erhalten werden. Zum Dauerbad bemerkt Verf., daß dieses nur Behandlungsmittel zur Erzielung der Beruhigung und niemals Verpflegungsform sein soll. Daher soll man die Kranken nicht im Bade schlafen lassen, sondern sie, sobald sie schläfrig werden, ins Bett zurückbringen. Hydropathische Einwicklungen sind bei besonnenen Kranken, die diese als Zwang empfinden, zu verwerfen.

Winternitz (299) empfiehlt aufs wärmste die Anwendung hydrotherapeutischer Maßregeln bei der Behandlung geistiger Störungen. Er fordert dabei exakte Indikation und genaue Überwachung der getroffenen Maßregeln durch den Arzt. Nicht indiziert ist diese Art der Behandlung insbesondere der Wicklungen bei Angstzuständen mit Halluzinationen sowie bei Melancholia agitata.

Medikamentäre Behandlung und anderes.

Damaye (54) weist auf die Bedeutung hin, die die Erkenntnis der Ätiologie der Geistesstörungen hat und auf die Erfolge, die eine auf diese Kenntnis gestützte Behandlung hat. Insbesondere günstig sind in dieser Hinsicht die toxischen Psychosen.



Dawidenkof (65) teilt die Krankheitsgeschichte einer 33jährigen unverheirateten Person mit, bei welcher das Symptomenbild der Katatonie und der Basedowschen Krankheit zur Beobachtung kam. Nach mehr als einjährigem Bestehen der Krankheit wurde die Schilddrüse partiell entfernt. Es trat alsbald eine wesentliche Besserung ein sowohl in bezug auf die körperlichen als auch auf die psychischen Symptome. Die extirpierte Geschwulst erwies sich als ein eingekapselter hämorrhagischer kolloider strumöser Tumor, der teilweise nekrotisiert war; das Bindegewebe war hyalinisiert.

Hughes (127) trägt mit einem interessanten Artikel über einen Beruhigungsstuhl, welcher anfangs des 19. Jahrhunderts in Pennsylvanien benutzt wurde, zur Kenntnis der Geschichte der Psychiatrie bei. Drei des Ruhmes volle Briefe über diesen Marterstuhl sowie die Abbildung des Stuhles selbst belehren uns, wie damals die Maniaci behandelt (?) wurden.

Soukhanoff (261) schließt auf Grund mehrmaliger Anwendung des Salvarsans, daß dieses Mittel im Beginn der Paralyse eine Remission verursacht, daß es bei den dementen Formen der Paralyse zu einer physischen Besserung führt, daß es aber an den Endstadien keinen Einfluß auf den Verlauf der Psychose hat. Bei Fällen von Dementia praecox mit positivem Wassermann bessert sich der körperliche Zustand unter dem Einfluß des Arsens.

Siebert (256) hat bei einer kleinen Zahl von Geisteskranken den Einfluß des Fiebers beobachtet und bei einigen Paralytikern Tuberkulinfieber erzeugt. Er gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zu den Schlüssen, daß Fälle von progressiver Paralyse, besonders solche im Initialstadium bei der Behandlung mit künstlichem Fieber, im speziellen mit Tuberkulinfieber eine verhältnismäßig günstige Prognose geben, indem die Krankheit tiefe Remissionen macht oder stationär wird. 2. kann unter gewissen Umständen ein gelegentlich zur Psychose hinzutretender Eiterprozeß den Verlauf derselben günstig beeinflussen. Der Heilerfolg beruht auf der den Fieberprozeß begleitenden Leukozytose.

Plange (219) hat bei Paralytikern therapeutische Versuche mit Arsenophenylglyzin angestellt und konnte eine einwandfreie Leukozytose und eine Vermehrung der Mastzellen feststellen. Plange glaubt, daß es gelingen wird, bei frühzeitig erkannter Paralyse therapeutische Erfolge zu erzielen. (*Bendix.*)

Damaye und **Mézie** (59) haben die Versuche mit Kollargol fortgesetzt. Sie berichten über gute Erfolge in einem Falle von akuter Verwirrtheit, von akuter Manie, akuter Paranoia und allgemeiner Paralyse. In allen Fällen spielte in ätiologischer Hinsicht Intoxikation eine Rolle.

Damaye und **Mézie** (58) haben günstige Erfolge von der Anwendung des Kollargols bei Fällen geistiger Erkrankung toxischen Ursprungs gesehen. Das Kollargol wurde in Form von Pillen (0,03 pro Pille) gegeben, 4 pro die.

Damaye und **Mézie** (60) haben bei drei Beobachtungen von geistiger Verworrenheit und manischer Verwirrtheit deutliche Besserungen durch Kollargoldarreichung erzielt. Eine dieser Kranken hatte beginnende Tuberkulose. Alle drei Patientinnen litten an Vagino-Metritis. (Nach einem Autoreferat.) (*Bendix.*)

Damaye und **Mézie** (61) wandten bei akuten und subakuten psychischen Störungen rohes, zerstoßenes und mit Honig und Pflaumen gemischtes Mark und Milz an und gaben dazu als Surrogat noch rohes Fleisch. Auch diese Methode befriedigte sie, aber nicht mehr als die Kollargolanwendung. (Nach einem Autoreferat.) (*Bendix.*)



Hartwich (116) berichtet über einen chininfesten, seit etwa 15 Jahren bestehenden Tertiana-Fall, bei dem die Malaria eine typische Infektionspsychose hervorgerufen hatte.

Die nervöse und psychische Störung bestand im Korsakoffschen Symptomenkomplex, Polyneuritis und Gedächtnisstörung mit der Neigung. Gedächtnislücken durch Kombinationen alter Erinnerungsbilder auszufüllen. Der Fall war kompliziert durch eine Haftpsychose, die längere haftfreie Zeit zwischen zwei Strafverbüßungen überdauert hatte, und die als chronisch imponierend, Haftentlassung und Anstaltsbehandlung zur Folge hatte.

Chininbehandlung erfolglos.

Durch intravenöse Behandlung mit alkalischer Salvarsanlösung, 0,4 nach 10 Tagen 0,25, sofortiges Schwinden der Haftpsychose, Freibleiben von Malaria-Erscheinungen (Kontrolle über 6 Monate), Schwinden der Polyneuritis, erhebliches Zurückgehen der Infektionspsychose im Sinne der Heilung.

Wegen Betrug usw. Exkulpierung vor Gericht. (*Autoreferat.*)

Noble (205) empfiehlt bei akuter Manie Behandlung mit subkutaner Injektion von Morphium. Dann hat eine Anfüllung des Darms mit physiologischer Kochsalzlösung zu folgen, zugleich ist dieselbe Lösung subkutan zu injizieren. Diese Maßnahmen sind in den nächsten Tagen zu wiederholen und der Patient durch Beruhigungsmittel in schläfrigem Zustande zu erhalten. Dem Plan liegt der Gedanke zugrunde, daß dadurch die Absonderung der Schilddrüse hintangehalten wird und nun die Hirnzellen nicht durch das Thyreoidin in Erregung gesetzt werden können.

Kauffmann (145) erinnert gegenüber der zu großen Ausdehnung der Arbeitstherapie bei Geisteskranken daran, daß viele Geisteskranke an Störungen der Temperaturregulierung leiden und deshalb eine vermehrte Wärmebildung durch Muskelarbeit, wie sie die Arbeitstherapie mit sich bringt, vermeiden müssen. Derartigen Kranken ist vorzugsweise die Ruhelage anzuempfehlen, die durch geeignete Unterhaltungsmittel, durch Liegestätten im Freien usw. abwechslungsreicher gemacht werden sollte. Ferner sollten, wie bei inneren Erkrankungen sehr viel durch eine geeignete Diät erreicht wird, deren Grundsätze, besonders die Vermeidung von Stickstoffretentionen und eines zuviel von Brennwerten, bei Gehirnkranken allgemein angewendet werden.

Faivre (87) empfiehlt die Anwendung von Veronidia als Beruhigungsmittel. Eine genaue Zusammensetzung des Mittels ist nicht angegeben.

Becker (13) bringt eine Übersicht über die medikamentösen Mittel, welche bei der Behandlung der Geisteskrankheiten in Betracht kommen. Er teilt sie in milde wirkende, kräftiger wirkende und drastische Beruhigungsmittel ein. Es werden dann die spezifisch wirkenden Mittel bei den verschiedenen Arten von Geisteskrankheiten angegeben. Unter diesen letzteren wird u. a. Injektion mit nukleinsaurem Natron bei Paralyse, Epileptol bei Epilepsie erwähnt.

Van der Scheer (242) hat in 7 Fällen von Katatonie die partielle Thyreoridektomie ausführen lassen; ein Fall gelangte zur Heilung, einer zur Besserung, zwei besserten sich anfangs, verschlimmerten sich aber bald wieder. In drei Fällen war das Resultat negativ.

Klieneberger (153) geht zunächst kritisch gegen die von Donath über dasselbe Thema gemachte Veröffentlichung vor und kommt zu dem Resultat, daß in manchen Fällen die Erkrankung als solche diagnostisch nicht einwandfrei festgestellt sei, und die Besserung oder Heilung nicht einwandfrei erwiesen sei. Verf. selber verfügt über eine Serie von 15 Beobachtungen.



Eine weitergehende Besserung ist in keinem der Fälle zu verzeichnen. Bei einzelnen Kranken traten sogar akute, wenn auch meist bald vorübergehende Verschlechterungen auf. Die Erfahrungen haben Verfasser nicht ermutigt, das immerhin schmerzhafte Verfahren weiter auszuführen.

Loewenstein (177) hat in 13 Fällen von Paralyse Nukleinsäureinjektionen angewandt. In keinem Falle ist ein sicherer bemerkenswerter Erfolg zu verzeichnen gewesen.

Ilten (132) resümiert auf Grund einer Reihe von neun Versuchen — die Krankheitsgeschichten werden in Kürze wiedergegeben, ebenfalls die Berichte über die Injektionen und die im Anschluß daran eintretenden Veränderungen der Temperatur und Leukozytose —, daß die künstliche Erregung von Hyperthermie und Leukozytose durch Einspritzung von Na. nucleinicum-Lösungen nicht imstande ist, die Schizophrenie (Dementia praecox) zu heilen oder zu bessern.

Hussels (130) hat in 5 Fällen von progressiver Paralyse Nukleininjektionen gemacht. Nur in einem Falle konnte eine gewisse Besserung konstatiert werden.

Fischer (95) hat den Einfluß der Nukleintherapie bei einer Anzahl Paralytikern beobachtet. Er kommt zu dem Schluß, daß diese in einer sehr großen Zahl der Fälle zu an Heilung grenzenden Remissionen führen kann; aber bei genügend langer Verfolgung dieser Remissionen sind bis jetzt alle wieder in Rezidive verfallen. Als das Wesentliche wird vom Verf. die durch die Behandlung erreichte Blutleukozytose angesehen.

Walker (284) konnte nicht an seinem Material die günstigen von Donath beobachteten Erfolge bestätigen. (*Kron.*)

Von 17 Kranken **Jurmanns** (143), die an progressiver Paralyse litten und mit Injektionen von Natrium nucleinicum behandelt wurden, zeigten sieben eine Besserung. (*S. Kalischer.*)

Erskine (86) weist darauf hin, daß Nierenkrankheiten, Tuberkulose und ganz besonders Influenza zur Dysenterie disponiert machen. Beim Ausbruch von Dysenterie ist die Isolierung wichtig, um eine Ausbreitung zu verhüten.

Jorgensen (141) teilt einen Fall von Dementia paretica auf unzweifelhaft syphilitischer Basis mit, welcher infolge intramuskulärer Injektion mit Ehrlich-Hata 606 letal verlief.

Emanuel (85) empfiehlt, um das Erbrechen bei der Sondenernährung zu verhindern, mit einem mittelstarken bis starken faradischen Strom die Lippengegend oder die Gegend der Nasolabialfalte zu reizen. Als Reizelektrode wird eine besonders konstruierte bipolare Metallelektrode verwandt. Es kommt dadurch zu einer Kontraktion der betreffenden Muskelteile, so daß der Mund krampfhaft geschlossen wird und die Würgebewegungen aufhören. Bei Hunderten von schwierigen Sondenernährungen kam ein Mißerfolg nicht vor.

Tomaschny (273) hat in einer Anzahl von Fällen das Pantopon erprobt. Das Mittel wurde in einigen Fällen innerlich gegeben, in anderen subkutan in 2% Lösung. Zuweilen wurde bei demselben Kranken mit der Art der Anwendung gewechselt. Dosiert wurde in der Art, daß anfangs täglich 3mal 5 Tropfen gegeben wurden, dann bis 3mal 20 Tropfen gestiegen wurde und allmählich wieder auf 3mal 5 Tropfen herabgegangen wurde, bis das Mittel ausgesetzt wurde. Bewährt hat sich das Mittel zur Bekämpfung von leichten motorischen Erregungen und von allerhand Angstzuständen, wie sie im Verlauf der verschiedensten Psychosen aufzutreten pflegen.



Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, nur in einem Fall schien es leicht lähmend auf die Blasenmuskulatur zu wirken. Verf. bezeichnet das Pantopon als eine willkommene Bereicherung des dem Psychiater zu Gebote stehenden Arzneischatzes.

v. Oláh (207) berichtet über therapeutische Versuche mit Pantopon bei Geisteskranken. Das Mittel kommt in Betracht: a) als Sedativum, Dosis 0,02 dreimal täglich, ev. mit Brom kombiniert, bei psychischen Erregungen, bei Depressionszuständen, bei psychomotorischer Reizung, bei hysterischen paroxystischen Erscheinungen; b) als Hypnoticum, 4—6 Tabletten oder 2—3 Tabletten mit anderen Schlafmitteln kombiniert, in Fällen leichter Schlaflosigkeit, oder wenn Veränderung des Schlafmittels erwünscht ist; c) als schmerzstillendes Mittel, 0,04—0,06 pro dosi, d) als Heilmittel bei gereizter Darmtätigkeit. (*Hudovernig.*)

Lentz (170) hält zur Beseitigung der von den Keimträgern in Irrenanstalten drohenden Gefahr die Erfüllung dreier Bedingungen für erforderlich: man muß die Keimträger kennen, es müssen Einrichtungen getroffen werden, sie wirksam zu isolieren, und es muß durch zweckentsprechende Desinfektion für die Unschädlichmachung der von ihnen ausgeschiedenen Infektionskeime gesorgt werden. Es müßte jede Irrenanstalt sich die Mitarbeit eines bakteriologischen Instituts sichern oder selbst ein Laboratorium einrichten und einen Bakteriologen anstellen, um die Keimträger zu erkennen. Bei den Isolierabteilungen ist die Beschaffung des geeigneten Personals schwierig. Eventuell könnte man auch aus mehreren Anstalten die Keimträger in einer einzigen konzentrieren. Für den Fall der Entlassung eines Keimträgers aus der Anstalt wäre eine entsprechende Meldung an die zuständige Heimatsbehörde eine unerläßliche Bedingung.

Hennes (118) hat mit Adalin gute Erfahrungen gemacht. Es hat eine eigenartige Mittelstellung zwischen den Sedativis und Hypnoticis. Durch die Dosierung und die Art der Darreichung hat man es bis zu einem gewissen Grade in der Hand, bald mehr die sedativen, bald mehr die hypnotischen Eigenschaften hervortreten zu lassen. Die Wirkung tritt schnell ein, ist genügend zuverlässig und gleichmäßig und hält nach dem Aussetzen des Mittels nicht übermäßig lange an. Infolge seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit wird es gerne genommen, ist praktisch frei von üblen Nebenwirkungen und kann auch bei Herzleiden und anderen komplizierenden Krankheiten ohne wesentliche Gefahr gegeben werden.

Reiß (229) kommt auf Grund einer Reihe von Versuchen mit Adalin bei Geisteskranken zu dem Resultat, daß dieses als prompt wirkendes, mittelstarkes Hypnotikum und Sedativum warm empfohlen werden kann. Zur Anwendung eignen sich in erster Linie Fälle von seniler Demenz und epileptischer Seelenstörung. Ein Hauptvorteil des Adalins ist, daß unangenehme Neben- und Nachwirkungen fehlen und es ohne Gefahr auch bei hinfälligen Patienten gegeben werden kann. Gewöhnung tritt nicht ein.

Jennicke (137) hat 103 Beobachtungen der Wirkung des Adalins bei Erregungszuständen verschiedenen Grades machen können. Die Dosis wechselte je nach dem Grade der Erregung zwischen 0,5 und 4,0 pro die. Die Wirkung trat nach 1—1½ Stunden ein und hielt etwa 3—5 Stunden vor. Unangenehme Folgen kamen nicht vor. Zufriedenstellend war die Wirkung bei leichten bis mittelschweren Erregungszuständen, ängstlicher Ratlosigkeit und mäßiger manischer Erregung. Sinnestäuschungen wurden durch Adalin nicht beeinflußt. Bei schweren Erregungszuständen versagten selbst Dosen von 3 g.

König (159) hat günstige Erfolge mit Anwendung des Adalins erzielt, ganz besonders bei depressiv erregten Kranken. Als Hypnotikum ist eine Dosis von 1,0 erforderlich, und auch diese ist häufig noch auf 1,5 zu steigern. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Förster (96) faßt seine Ergebnisse bezüglich der Adalindarreichung bei seinen Geisteskranken dahin zusammen, daß es sich als Hypnotikum und als Sedativum gleich gut bewährt. Es verdient eine ausgedehnte Anwendung in all den Fällen, in denen man Beruhigung aufgeregter Geisteskranker mit Ausnahme der Alkoholiker und Epileptiker erreichen will. Als zuverlässiges und schnell wirkendes Schlafmittel läßt es kaum in Stich. Es wird von den Patienten gern genommen und hat vor allem keine üblen Neben- oder Nachwirkungen.

Kerris (150) ist der Ansicht, daß es gelingt, durch freundlichen und geschickten Umgang sowie durch das Abhalten von äußeren Reizen, welche zu hindern wir in der Hand haben, Kranke passiv zu halten, d. h. er bleibt ruhig und wird nicht tätlich. Im Falle des Mißlingens ist zwar nicht immer der Mißerfolg auf ungeschickten und unfreundlichen Umgang zurückzuführen. Um in der ganzen Anstalt einen friedlichen und ausnahmslos ruhigen Krankenbetrieb zu schaffen, bedarf das Pflegepersonal einer intensiven Ausbildung. Es kann erreicht werden, daß jede Art des Zwanges, auch narkotische Arzneien, feuchte Einpackungen, fortgesetzte Bäder, Dauerbäder, ausgedehnte Bettruhe überflüssig werden.

Raw (227) berichtet über 3 Fälle von Puerperalpsychose, bei denen die Anwendung von Antistreptokokkenserum geschah. Der Verlauf der Psychose wurde dadurch nicht beeinflußt. Die Behandlung geschieht am besten in einer Irrenanstalt, muß aber sofort nach Beginn der Krankheit eingeleitet werden.

Tomaschny (274) teilt einen Fall von Katatonie bei einer jetzt 50 Jahre alten Frau mit, in welchem seit 10 Jahren die Sondenfütterung durchgeführt werden mußte. Versuche, die Kranke zur freiwilligen Nahrungsaufnahme zu bewegen, schlugen stets fehl. Das Gewicht der Kranken betrug bei ihrer Aufnahme 50,5 kg, es stieg im Laufe der nächsten Jahre auf 59,5 kg, um dann herabzugehen. Zurzeit beträgt es 42 kg. Psychisch blieb Patientin unverändert, körperlich war das Befinden während der ganzen Zeit nicht wesentlich gestört.

Graham (104) lenkt die Aufmerksamkeit der Ärzte Irlands auf die Psychotherapie bei Geistesstörungen hin. Er erinnert an die Wachsuggestion und Hypnose, an die psychische Beeinflussung, an die Psycho-analyse (Freud) und an die methodische geistige Beschäftigung. Die letzte Methode ist die Redukation, durch welche der Kranke nach Aufklärung über die Ursache seiner krankhaften Befürchtungen oder Sinnestäuschungen belehrt werden soll, wie er diese beherrscht.

Damaye (55) empfiehlt die Verordnung von Jod als antitoxisches und emmenagogisches Mittel bei geistigen Störungen. Einige Krankheitsgeschichten, bei denen es sich um akute Manie, allgemeine Paralyse, subakute geistige Verwirrtheit handelte, werden in Kürze wiedergegeben.

Bertschinger (28) macht auf einige, für die Heilung der Dementia praecox prognostisch wichtige Punkte aufmerksam. Bertschinger fand, daß es den Patienten auf drei Wegen gelang, die Herrschaft über ihr Unterbewußtsein wieder zu erlangen nämlich: durch Korrektur, durch Umsymbolisierung und durch Umgehung. Bertschinger führt eine Reihe von Fällen an, bei denen die Schizophrenen oft überraschend schnell durch den



Umgehungsmodus oder durch einen starken Affekt geheilt oder aus ihrem katatonischen Zustande erlöst wurden. (*Bendix.*)

Bossi (34) führt Fälle an, die beweisen sollen, daß Geisteskrankheiten bei Frauen, besonders melancholische Zustände, die häufig zum Selbstmord führen, ihre Entstehung einem Unterleibsleiden verdanken. Er hat angeblich eine Reihe schwerer Psychosen, die der neurologischen Behandlung hartnäckig widerstanden, durch verhältnismäßig leichte gynäkologische Eingriffe schnell und dauernd geheilt. (*Bendix.*)

Plönies (220) führt eine Anzahl psychischer Störungen, besonders solcher, die mit gastrointestinalen Symptomen einhergehen, auf toxische Schädigungen zurück. Besonders glaubt er, daß die Neurasthenie, Melancholie, Depressionszustände und Zwangsvorstellungen häufig vom Intestinaltraktus ihren Anreiz erhalten. Deshalb ist er ein eifriger Befürworter der diätetischen Behandlung, die in peinlichster und strengster Weise nach seinen Prinzipien durchgeführt werden soll. (*Bendix.*)

Das antitryptische Vermögen des Blutserums erfährt nach **Simonelli** (257 a) nur in den Fällen eine merkbare Steigerung, wo ziemlich intensive und sich rasch abspielende organische destruktive Prozesse vorliegen.

Bei den verschiedenen Gruppen von Kranken, welche er untersuchte, beobachtete Verf. in keinem Fall, mit Ausnahme der progressiven Paralytiker, eine positive antitryptische Reaktion, ohne daß eine von der Grundkrankheit unabhängige Ursache davon nachweisbar gewesen wäre. (*Audenino.*)

Schultze (251) hatte bereits 1880 darauf aufmerksam gemacht, daß nicht selten schwere Nervenleiden und psychische Störungen schwinden, wenn ein gleichzeitig bestehendes Genitalleiden geheilt wird. Er verlangte vor allem gynäkologische Diagnose bei den weiblichen Irren. „Kein Uteruskatarrh, keine Oophoritis usw. dürfte unerkannt in einer Irrenanstalt verweilen.“ Er meinte, vorteilhafte Resultate auf den Verlauf mancher psychischen Erkrankung von der Heilung gleichzeitig bestehender Genitalkrankheiten in Aussicht stellen zu dürfen. Als 1902 Hobbs aus dem Irrenhaus in London Ont. günstige psychische Erfolge von operativer Heilung genitaler Leiden bei weiblichen Irren veröffentlichte, berichtete Schultze über diese Erfolge und wiederholte seine Vorschläge vom Jahre 1880. Er beantragte, man sollte die Irrenhäuser, namentlich bei Neubauten, mit einem allen modernen Ansprüchen entsprechenden Operationsraum ausstatten. Erfolge seiner Vorschläge sind ihm nicht bekannt geworden. Jetzt veröffentlichte Bossi, Professor der Gynäkologie in Genua, eine Reihe eklatanter Beispiele von Genesung aus psychischer Krankheit nach operativer Beseitigung uteriner Leiden. Schultze nimmt daher Veranlassung seine früheren Vorschläge und die guten Erfolge Hobbs in Erinnerung zu bringen, und er begrüßt Bossi als kräftigen Mitkämpfer für die gute Sache. (*Autoreferat*).

Beschäftigung, koloniale Verpflegung, Familienpflege.

Specht (262) setzt die Gründe auseinander, welche bewirken, daß die familiale Verpflegung in Bayern bisher keinen Eingang gefunden bzw. die geringen Anfänge keinen Fortschritt gemacht haben. Einmal hat sich bisher in der Nähe der bayrischen Irrenanstalten die Bevölkerung der umliegenden Dörfer und Städte zumeist ablehnend verhalten; des ferneren ist die Gesetzeslage eine andere als in Preußen. Es kommt hinzu, daß in Bayern eine große Anzahl von Wohltätigkeitsanstalten existiert, wo das Material, das für die Familienpflege in Betracht kommen würde, sich zumeist befindet. Zurzeit sind in den bayrischen Anstalten solche Massen von pflege- aber auf die

Dauer nicht anstaltsbedürftigen Kranken nicht vorhanden, daß die Einrichtung einer Familienpflege in großem Maßstabe in Betracht kommen könnte.

Rodiet (231) weist auf die guten Erfolge hin, welche das Seine-Departement mit der Familienpflege erzielt hat, und berichtet, daß auch die Departements Orne und Var in dieser Richtung vorgegangen sind. Er hält es für ersprießlich, wenn weiter mit der Gründung derartiger Kolonien fortgeschritten wird; eventuell könnten sich mehrere Departements zu diesem Zwecke zusammentun.

Belletrud (19) teilt mit, daß die Unterbringung von geeigneten Kranken in Familien im Departement Var seit einigen Jahren ohne Schwierigkeiten gelungen ist und gute Erfolge gezeitigt hat. Erleichtert wurde der Erfolg durch die Vollmacht, welche den Anstaltsleitern übertragen wurde, die betreffenden Kranken zu entlassen bzw. bei sich einstellender Notwendigkeit wieder aufzunehmen. Die Aufsicht geschieht durch die Anstaltsärzte; sie ist dadurch nicht schwierig, daß die Kranken, welche sich in fremden Familien befinden, in einem Umkreis von 7 km von der Anstalt untergebracht sind.

Kolb (158) tritt für die möglichst ausgedehnte Familienpflege der dazu geeigneten Geisteskranken ein; die Entwicklung der Familienpflege ist die natürliche Folge der Ausdehnung der Irrenfürsorge und beweist in praxi, daß Kranke in der Familienpflege fast ausnahmslos ein ruhiges, zufriedenes und tätiges Leben führen. Selbst anscheinend verblödete Kranke zeigen außerhalb der Anstalten oft Regsamkeit, und selbst gefährliche Kranke werden friedfertig und umgänglich. Die Vorzüge der Familienpflege bestehen darin, daß sie 1. für Rekonvaleszenten und gebesserte Kranke den natürlichen Übergang aus der Gebundenheit des Anstaltslebens in die absolute Freiheit bildet. 2. Gestattet sie, ohne Gefahr für Kranke und Außenwelt, die Feststellung jener leichten Grade von Defekten, die sich im wesentlichen in der Unfähigkeit zu einer selbständigeren Lebenshaltung äußern. 3. Sie ist die Verpflegungsform, bei der bei den meisten Kranken die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit am besten erhalten oder wieder geweckt wird. Sie hat vielfach einen überraschend günstigen Einfluß auf die sogenannten Unheilbaren. 4. Die Mehrzahl der Kranken fühlt sich in der Familienpflege am wohlsten. 5. Es gibt eine Anzahl Kranke, die der Anstaltspflege derart widerstreben, daß sie selbst und die Anstalt darunter leiden; sie fügen sich aber der Familienpflege. Selbstmordneigung, erwiesene Gemeingefährlichkeit, stark sexuelle Neigungen, Unreinlichkeit, körperliche Krankheiten, gehäufte Anfälle und Abneigung gegen die Familienpflege bilden die hauptsächlichsten Kontraindikationen. In Bayern ist die Familienpflege erschwert, da gerade die für sie geeigneten Kranken der spezialärztlichen Behandlung und Irrenfürsorge fern stehen und die geringe Entwicklung der offenen Verpflegungsformen und des agrikolaren Betriebes in den öffentlichen Irrenanstalten ihre Einführung verhindert. Ferner eignet sich die Bevölkerung wenig für sie, und endlich ist ein Hinderungsgrund der Umstand, daß in Bayern die Lasten für die Anstaltsverpflegung der Geisteskranken auf zu schwachen Schultern ruhen und nicht wie in Preußen zu $^2/_3$ von dem Kreis und $^1/_3$ von der Ortsbehörde getragen werden. Deshalb sei anzustreben, daß in Bayern die Heimatgesetze geändert und die Lasten kräftigeren Schultern aufgebürdet würden, ferner sollen nur solche Kranke in Anstalten untergebracht werden, die sich zur Familienpflege, nach spezialärztlicher Begutachtung, nicht eignen; und dann seien die bestehenden Anstalten in freiheitlichem Sinne zu entwickeln, welche die offene Verpflegung, die agrikolare Arbeitstherapie und die Familienpflege ermöglichen. (*Bendix.*)



Alkoholismus. Trinkerfürsorge.

Ranson und **Scott** (225) teilen ihre Erfahrungen über die Behandlung von Delirium tremens mit. Es stehen ihnen 1106 Fälle zur Verfügung. Im allgemeinen scheinen die Fälle, über welche die Verf. berichten, ungleich schwerer zu verlaufen als die von deutschen und englischen Autoren berichteten. Beläuft sich doch die Mortalität in einem Krankenhause auf 22%, in dem zweiten auf 59,3%. Die Verf. empfehlen frühzeitige Behandlung durch Hypnotika, von denen sich Veronal am besten bewährt hat, ferner Gewährung von Whisky und Gebrauch von Ergotin per os oder intramuskulär.

Rohde (232) erörtert die Bedingungen, unter welchen eine Trinkeranstalt und eine Irrenanstalt einen gegen seinen Willen festgehaltenen Trinker entlassen muß. Es kann ein Trunksüchtiger auch nach Rücktritt der Erscheinungen des chronischen Alkoholismus so lange festgehalten werden, bis er körperlich und sittlich so weit gekräftigt ist, daß begründete Hoffnung besteht, er werde nicht in den Alkoholmißbrauch zurückfallen. Verf. hält aber den jetzigen Rechtszustand nicht für befriedigend, da das Interesse der Allgemeinheit nicht zu seinem Recht kommt. Der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch bringt einen wesentlichen Fortschritt, indem dieser den Strafrichter die Unterbringung eines verbrecherischen Trinkers anordnen läßt und die Entscheidung über die Entlassung der Landespolizeibehörde zuweist. Verf. plädiert dafür, daß auch bei nicht verbrecherischen Trinkern eine öffentliche Behörde mitwirkt, damit diese Behörde auch über die Entlassung zu befinden hat. Dadurch könnte für eine dem öffentlichen Interesse entsprechende Dauer der Behandlung gesorgt werden.

Anstaltsärzte. Pflegepersonal.

Becker (16) wirft einen Blick auf die Karriere des Irrenarztes, welche er denjenigen, die Neigung dazu haben, glaubt empfehlen zu können. Für wünschenswert hält Verf., daß die Irrenärzte das kreisärztliche Examen machen, schon um eine Gleichstellung mit den Kreisärzten zu erlangen. Zu erstreben ist auch, daß bei der Pensionsberechnung die Jahre vor Aufnahme der Anstaltstätigkeit in Betracht gezogen werden.

Tuczek (276) gibt einen kursorischen Überblick über einen Informationskurs, welcher in der Landesheilanstalt zu Marburg für Leiter und Erzieher an Fürsorgeerziehungsanstalten stattfand. Es nahmen etwa 50 Personen an dem Kurs teil: Anstaltsleiter, Geistliche, Anstaltsärzte, Lehrer, Hausväter, Diakonen, Schwestern, Vertreter und Vertreterinnen der Privatfürsorge. Behandelt wurden: Die körperlichen Grundlagen gesunden und kranken Seelenlebens, Erscheinungsformen geistiger Erkrankung mit Krankenvorstellungen, die krankhaften Abweichungen im Seelenleben der Jugendlichen und ihr Einfluß auf die Erziehbarkeit, Vorstellung geistig abnormer Fürsorgezöglinge unter besonderer Berücksichtigung der Kriminalität Jugendlicher, Berücksichtigung der psychischen Abnormitäten im Rahmen der Fürsorgeerziehungsanstalten. Die Besichtigung der Landesheilanstalt bildete den Abschluß des Kurses. Verf. hat den Eindruck gewonnen, daß die Teilnehmer die gegebenen Anregungen dankbar und wirksam in sich aufgenommen haben.

Simon (257) betont die Notwendigkeit eines guten Wartepersonals in den Irrenanstalten. Er weist auf die Anstrengungen hin, welche in letzter Zeit durch Erhöhung des Gehalts, durch Sorge für das Alter gemacht sind, um Gelegenheit zu besserer Auswahl zu haben; er erwähnt des ferneren, daß der Wärter körperlich und seelisch zu seiner Aufgabe besondere Eigen-



schaften besitzen muß, und geht endlich auf die Ausbildungskurse ein. Bei diesen will Verf. überflüssige theoretische Kenntnisse ferngehalten haben. besonderer Wert soll auf die praktischen Vorkommnisse gelegt werden.

Buder (38) bespricht die Stellung, welche der Arzt zur Organisation des Krankenpersonals einzunehmen hat. Er ist der Ansicht, daß eine allgemeine Regel nicht aufzustellen ist, da die lokalen Verhältnisse zu verschieden sind. Eine wohlwollende Neutralität ist zunächst am zweckmäßigsten. Nur dann kann sich der Arzt den notwendigen Einfluß auf die Organisation des Pflegepersonals, mit welcher in unserm sozialen Zeitalter aller Orten zu rechnen ist, sichern. Es würde dadurch ein ersprießliches Zusammenwirken aller Kräfte der Anstalt gewährleistet.

Nachtrag.

Italienische Arbeiten.

Ref.: Prof. E. Audenino-Turin.

1. Biondi, G., Sulla minuta struttura del nucleo della cellula nevroglica. Ricerche fatte nel laboratorio di Anatomia normale della R. Università di Roma ed in altri laboratori biologici. Band XVI. Hefte 1—2. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems No. 42.)
2. Donaggio, A., Nuovi dati sulle propaggini nervose del citoplasma e sulle fibre collagene dei gangli spinali. Rivista sperimentale di freniatria. Band 37. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems. No. 105.)
3. Foà, C., Ricerche sul ritmo degli impulsi motori che partono dai centri nervosi. Ztschr. f. allg. Physiol. Bd. 13. H. 1—2. (cf. Kapitel: Physiologie des Gehirns. No. 38.)
4. Levi, G., Appunti alla pubblicazione di Donaggio „Nuovi dati sulle propaggini nervose del citoplasma e sulle fibre collagene dei gangli spinali". Monitore zoologico Italiano. Jahrgang 22. Heft 6. Firenze. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems. No. 246.)
5. Modena, G., Régénération des nerfs périphériques. Archives italiennes de Biologie. Band LIV. Heft III. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems. No. 289.)
6. Paladino, G., La dottrina della continuità nell'organissazione del nevrasse nei vertebrati ed i mutui ed intimi rapporti fra neuroglia e fibre nervose. Annali di neurologia. Jahrgang 29. Heft 4. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems. No. 325.)
7. Roncoroni, L., Ricerche sulla citoarchitettura corticale. Rivista di patologia nervosa e mentale. Band XVI. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems. No. 355.)
8. Tullio, P., Contributo alla conoscenza dei rapporti fra eccitazioni sensoriali e movimenti reflessi. Rivista di patologia nervosa e mentale. Band XVI. Heft V. (cf. Kapitel: Physiologie des Rückenmarks. No. 57.)
9. Zunino, G., Sulla citoarchitettonica della corteccia cerebrale dei Microchirotteri. Archivio di anatomia e di embriologia. Band X. Heft 1. Florenz. (cf. Kapitel: Anatomie des Nervensystems. No. 432.)

Biondi (1) untersuchte die Struktur der Kerne der Neurogliazellen der weißen Substanz und des Ependyms des Rückenmarkes und des Kleinhirns einiger Säugetiere (Meerschweinchen, Kaninchen) und Vögel (Tauben), und wendete dazu verschiedene Färbungsmethoden (Unna-Pappenheim, Ehrlich, Biondi, Cajal u. a.) an.

Die Gliakerne zeigen eine verschiedene Zahl (1—3) von bald homogenen, bald körnigen Nucleoli verschiedenen Volumens.

Die Basichromatie kommt bald in Form kleiner zerstreuter Körner (Kaninchen), bald in Form kleiner Kügelchen vor oder vereinigt sich zu einer einzigen zentralen kleinen Kugel (oft bei der Taube).



Im Karyoplasma beobachtet man eine verschiedene Menge (1—12) hier und da zerstreute Körner.

Es ist zweifelhaft, ob das sogenannte Corpus accessorium besteht.

Bei der Taube findet man ein Körperchen, welches die Eigenschaften des Paranucleolus (von Timofejef beschriebener opidophiler Kern) hat.

Donaggio (2) wendete das 1., 2. und 3. der von ihm zur Färbung des intrazellularen Fibrillenetzwerkes und der langen Fibrillen vorgeschlagenen Verfahren zur Untersuchung der Spinalganglien des Orthagoriscus mola an.

Bei Anwendung dieser Methoden erscheint das erwähnte Element sowohl bei Xifias gladius (frühere Publikation des Verfassers) wie bei Orthagoriscus mola in zwei deutlich getrennte Teile geteilt, und zwar in einen ersten runden oder eiförmigen, welcher den Kern enthält (bläuliche Färbung durch Thionin) und einen zweiten, bestehend aus den Ausläufern, welche, ähnlich wie die Achsenzylinder, sich von ersterem durch eine rötlich violette Farbe deutlich unterscheiden.

Diese Wahrnehmung legt dem Verf. die Annahme nahe, daß das Zytoplasma dasjenige sei, das, mit Kern versehen, in allen Elementen unter der konischen runden oder ovalen Form vorkommt, welche den Zellen der Spinalganglien eigen ist, und daß die sogenannte Zerstörung des Zytoplasmas hingegen ein System von Zellenausläufern von derselben Natur sei, wie die Ausläufer der Achsenzylinder. Zur Untersuchung der Kollagenfasern wendet Verf. das 6. Verfahren an und konstatierte, daß in das echte Zytoplasma keine Kollagenelemente eindringen; die Kollagenfasern umgeben den rundlichen gekernten Teil des Elementes, ohne in denselben einzudringen; längs diesen Fasern sind Kerne angeordnet.

Zwischen der rundlichen gekernten Masse und der ersten Reihe von Kollagenfasern, welche die Masse umgeben, beobachtet man in einigen Elementen der Gruppe der großen und mittleren Zellen eine Anhäufung äußerst zahlreicher, sehr dicht aneinander liegender Kerne, welche verschieden von den den Kollagenfasern entlang angeordneten Kerne sind.

Die mit den Saitengalvanometer ausgeführten Versuche **Foà**'s (3) ergaben folgende Resultate:

1. Der Aktionsstrom des 11. Gastrocnemius der Kröte bei der spontanen Kontraktion äußert sich durch eine Reihe von 20—22 Wellen in der Sekunde.

2. Der Aktionsstrom der Armmuskeln der Kröte während des Umklammerungsreflexes äußert sich mit einem demjenigen des 11. Gastrocnemius gleichen Rhythmus.

3. Der reflexe Tetanus des Strychninfrosches äußert sich nicht durch eine konstante Anzahl von Aktionsstromwellen. Die Zahl dieser letzteren kann, je nachdem der reflexe Tetanus ein mehr oder minder vollständiger ist, zwischen 6 und 25 in der Sekunde schwanken. Diese Schwankungen des Muskelrhythmus sind der Ausdruck der Schwankungen des Rhythmus der motorischen Impulse, die von den mehr oder minder gereizten Spinalzentren ausgehen.

4. Wenn man den zentralen Stumpf des N. ischiadicus eines normalen Frosches mit schwachen Reizen anregt, so kommt es schwerlich zu einem Tetanus der Muskeln der anderen Seite; tritt aber ein solcher ein, so weist er einen konstanten, und von demjenigen der zugeführten Anreize unabhängigen Rhythmus auf. In diesem Falle handelt es sich nicht um einen echten reflexen Tetanus, sondern um eine komplexe Entweichungsbewegung des Tieres, und die Muskeln reagieren somit auf die von den motorischen Zentren ausgelösten Anreize, unabhängig von den leichten Reizen, welche diesen Zentren zugeführt werden.



5. Beim Kaltfrosch genügen hingegen leichte, auf den N. ischiadicus einer Seite gebrachte Reize, um einen reflexen Tetanus der Streckmuskeln des entsprechenden Gliedes der andern Seite herbeizuführen. Die Wellen, durch welche sich dieser Tetanus äußert, sind synchronisch mit den auf den Nerven gebrachten Anreizen. In diesem Falle beschränkt sich die Tätigkeit des Rückenmarkes darauf, daß dieses jeden ihm vom sensiblen Nerven zugeschickten Anreiz in eine Anregung umwandelt und diese auf reflexem Wege nach dem Bewegungsnerv weiterschickt.

6. Der bei dem enthirnten Frosch oder bei dem Hunde, bei dem die Funktion der Hirnrinde durch Chloralose aufgehoben wurde, hervorgerufene homolaterale reflexe Tetanus, äußert sich durch mit der Zahl der Anreize gänzlich synchronische Wellen.

7. Daß die Diskontinuität des Anregungsprozesses in den Nervenzentren und nicht in den Muskeln ihren Ursprung hat, geht auch aus folgendem Versuche hervor: Wenn man bei einer enthirnten männlichen Kröte während der Brunstzeit das Rückenmark bloßlegt, tritt der vorübergehend aufgehobene Umklammerungsreflex einige Stunden nach der Operation wieder auf. Wenn man nun, während die Aktionsströme der Armmuskeln aufgeschrieben werden, das Rückenmark abkühlt, so beobachtet man eine zunehmende Verlangsamung des Wellenrhythmus, begleitet von einer zunehmenden Erschlaffung der Muskeln, welche zum Erlöschen des Reflexes führt.

Wird nun das Rückenmark wieder langsam erwärmt, so tritt der Reflex wieder auf. Diesen Versuch kann man bei einem und demselben Tier mehrmals wiederholen. Wenn der Muskelrhythmus sich infolge der Nervenzentren ändert, so liegt der Gedanke nahe, daß der Rhythmus der motorischen Impulse in diesen Zentren selbst seinen Ursprung hat. Wenn man hingegen den Nerven selbst abkühlt, so ändert sich die Frequenz der Wellen nicht, sondern es findet nur eine Abnahme der Höhe derselben bis zu ihrem Verschwinden statt.

Levi (4) ist der Ansicht, daß die verschiedene Färbung nicht genügt, um eine verschiedene Beschaffenheit der beiden Teile der Zellen der Ganglien annehmen zu können, und daß es sich um eine streng histogenetische Frage handelt, welche aus fremd embryologischen Daten gelöst werden muß.

Färbung nach den Methoden von Donaggio. Versuche mit Kaninchen, Katzen, Hunden.

Modena (5) konnte die Befunde bestätigen, welche Perroncito mit den Verfahren Cajals erhielt.

Ausgezeichnete Figuren.

Unternehmungen, bei denen **Paladino** (6) besonders die ihm vorgeschlagene Methode des Jodpalladiums anwendete.

Schlußfolgerungen:

Die Nervenzellen sind durch proximale und distale Beziehungen verbunden.

Die Zellenausläufer haben einen in bezug auf Richtung und Ausdehnung sehr wechselnden Verlauf: zwischen der Basis der dorsalen und ventralen Säulen der grauen Substanz des Rückenmarkes bilden sie deutliche Bündel, in welche sich die Ausläufer von multipolaren Zellen einpflanzen, die diesen Bündeln entlang eingefügt sind (die Kontinuität wurde vor einigen Jahren von Bruns nachgewiesen).

Die Zellen mit ihren mehrfachen Beziehungen, die sie ihren Ausläufern verdanken, entsprechen den verschiedenen Verläufen der zentripetalen und zentrifugalen Reize.



Die Neuroglia hat eine doppelte Entstehung; es gibt also eine Ektoglia und eine Mesoglia.

Die Gliazellen anastomosieren miteinander und treten miteinander in direkt proximale und distale Verbindung. Die Neuroglia tritt in enge Beziehung zu den Nervenzellen und -fasern. Sie paßt sich den Zellenausläufer an und bildet das myelinische Skelett.

Die Neuroglia ist nicht nur ein Stütz- und Isolierungsmittel, sondern auch ein Ernährungsapparat.

Roncoroni's (7) am (erwachsenen und neugeborenen) Menschen ausgeführte Untersuchungen beschränken sich auf einige Abschnitte der frontalen, präzentralen, postzentralen, parietalen, okzipitalen, temporalen, insolaren Zone. Die Messungen wurden in den seitlichen Teilen der Zirkonvolutionen ausgeführt.

Verf. konnte feststellen, daß in einer und derselben Zone die Durchschnittszahlen der Dicke der Rinde und der supra-infragranuläre Index starke individuelle Schwankungen aufweisen können, daß beim Erwachsenen in einigen Zonen die infragranulären Schichten eine Tendenz zeigen, dünner als die pyramidale Schicht, in anderen aber dicker als diese zu sein, daß die größere Konstanz sowohl der mittleren Zahlen der Dicke der Rinde, wie der Werte des supra-infragranulären Index in Gegenden ausgesprochener ist, und einige von ihnen durch die Physiologie und die Klinik besser definierte Funktionen haben, daß die körnige Lage beim Erwachsenen nicht immer in den als nichtkörnig betrachteten Gegenden verschwunden ist.

Untersuchungen **Tullio**'s (8) an einem Kranken mit schweren allgemeinen myasthenischen Erscheinungen.

Das lebhafte Licht vermindert die Kontraktilität des motorischen Apparates und erhöht den Tonus der Muskeln; die akustischen Reize können eine Verminderung des Muskeltonus hervorrufen.

Zunino (9) untersuchte die topographische histologische Lokalisierung der Hirnrinde bei einigen Arten von Mikroskyropten: Rhinolophus ferrum equinum, Mymiopterus Schreibersi, Myotis Murinus unter Bezugnahme auf die Zytoarchitektonik.



Sachregister.

Die fett gedruckten Zahlen bedeuten Kapitelüberschriften.



B.





E.



F.



H.







L.

M.





O.



P.







U.

V.



W.

X.

Z.



Namenregister.

* bezeichnet Arbeiten, welche sich im Literaturverzeichnis finden, aber nicht referiert sind.



B.





C.



E.



F.



G.

H.



I.





L.

M.



N.



Q.

R.

S.





T.

U.

V.



W.





Y.

Z.

Lehrbuch der Nervenkrankheiten

Von

Prof. Dr. H. Oppenheim

Fünfte, vermehrte und verbesserte Auflage

Zwei Bände. — Lex. 8°. XVI u. 1641 S. Mit 432 Abbild. im Text und 8 Tafeln.

Brosch. M. 37,—. Gebunden M. 40,—.

Deutsche medizin. Wochenschrift: . . . Das Werk gehört zu den Literaturerscheinungen, die allen bekannt und jedem unentbehrlich geworden sind, der ihnen einmal näher getreten ist. Da bedarf es nicht vieler Worte. Der Signatur, die der Verfasser seinem Werk von Anfang an mit auf den Weg gegeben hat, in erster Linie den Forderungen der Praxis Rechnung zu tragen, ist er treu geblieben. Immer wieder erfreuen wir uns an der klaren Schilderung der Krankheitsbilder, den zahlreichen instruktiven Abbildungen, der Gründlichkeit der Diagnose, Prognose und Therapie. Die Schnelligkeit, mit der die Auflagen einander folgen, macht das Lehrbuch zugleich zum Spiegel des jeweiligen Standpunktes der neurologischen Wissenschaft. Als Beispiel sei nur die Fortentwicklung der chirurg. Eingriffe erwähnt, denen der Verfasser ja seine besondere Aufmerksamkeit widmet.

Brain: This well known work has been greatly improved by a large number of additions and is completely up to date. It remains the best general textbook in anylanguage on account of the fulness with which the literature is cited. This edition should find aplace on the shelves of all neurologists.

Revue Neurologique: Cette cinquième édition d'un ouvrage universellement connut est construit sur le même plan que ses devancieres. Elle présente cependant quelques améliorations et quelques additions nécessitées par le souci de se tenir au courant des progrès rapides dessciences médicales.

Von demselben Verfasser sind in meinem Verlage ferner erschienen:

Beiträge zur

Diagnostik und Therapie der Geschwülste im Bereiche des zentralen Nervensystems

Mit 20 Abbildungen im Text und 6 Tafeln. — Gebd. M. 9,20

Deutsche medizin. Wochenschrift: Niemand wird dieses Werk, in dem feine Beobachtung, klare Fragestellung und Diagnostik gleich große Triumphe feiern, wie technisches Können, ohne wesentlichen Nutzen studieren. Neurologen muß es ganz speziell empfohlen werden, schon weil kaum ein anderer Arzt in Deutschland über ein so großes und so wohl beobachtetes Material verfügt, von dem jeder einzelne Fall auch den Fachmann fesselt. . . . Die Schwierigkeit der Operation an Geschwülsten der Rückenmarkshäute liegt nicht so sehr in der Operation als in der Diagnose, und gerade in dieser Beziehung bietet es einen besonderen Genuß, Oppenheims Darlegungen zu lesen.

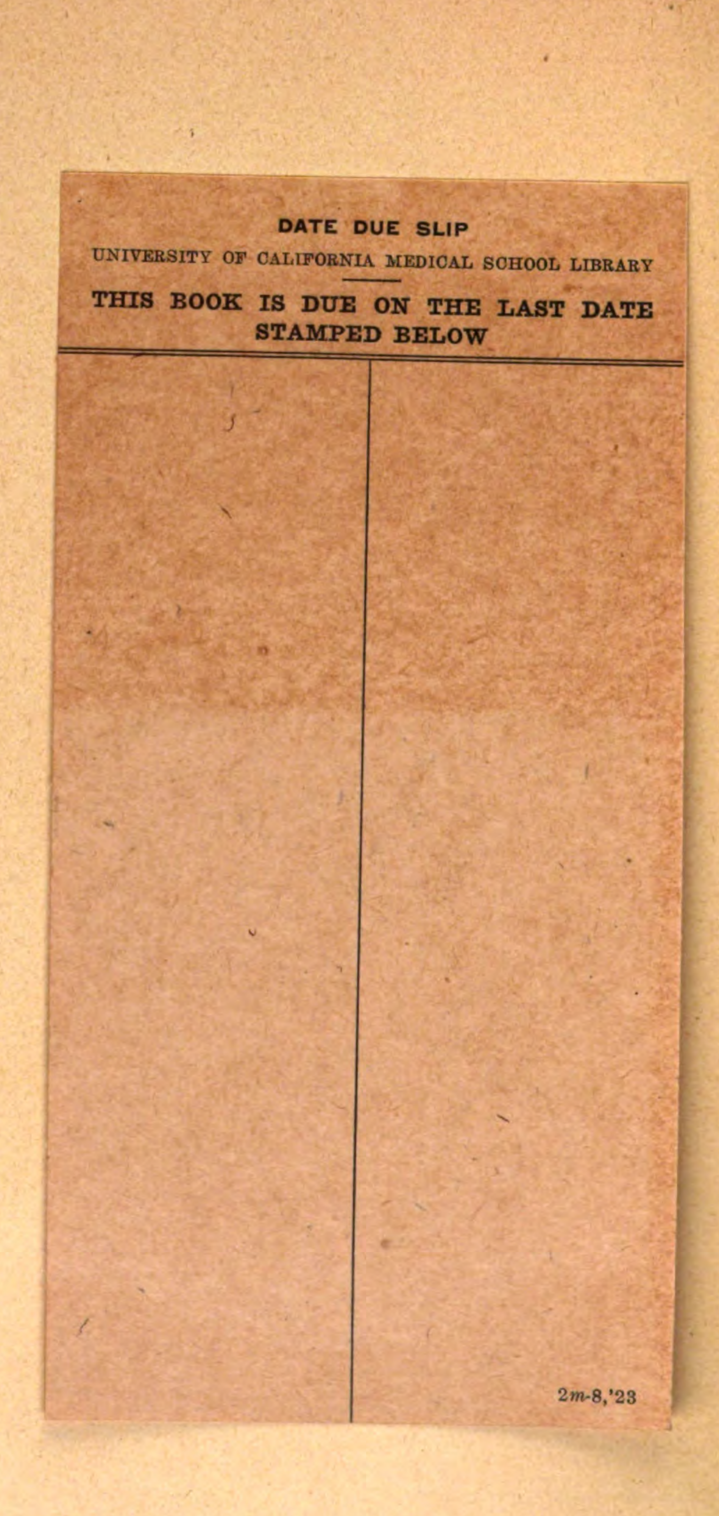
Edinger-Frankfurt.

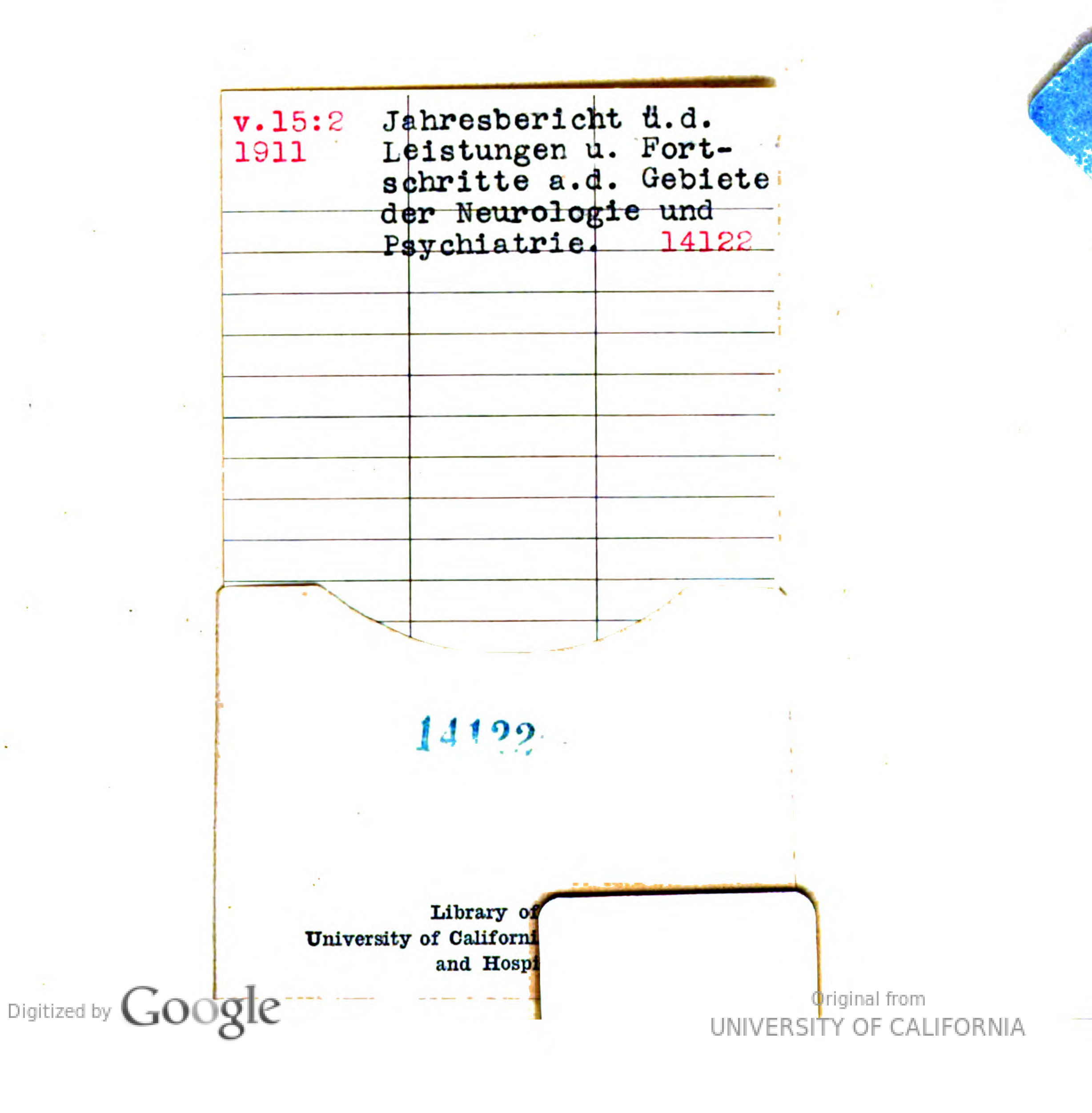
Die myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund). Mit 3 Tafeln und 4 Abbildungen im Text. M. 6,—.

Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Drei Vorträge. Dritte Auflage. M. 2,40.

Psychotherapeutische Briefe. Dritte Auflage. M. 1,20.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW.




v.15:2
1911
Jahresbericht ü.d. Leistungen u. Fort-schritte a.d. Gebiete der Neurologie und Psychiatrie.
14122
14122
Library of
University of Californi
and Hospi

